

Série Saúde & Amazônia, 15

A arte do cuidado em saúde no território líquido:

conhecimentos compartilhados
no Baixo Rio Amazonas, AM

ORGANIZADORES:

Elaine Pires Soares
Júlio Cesar Schweickardt
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Ana Elizabeth Sousa Reis
Joana Maria Borges de Freitas

Série Saúde & Amazônia, **15**



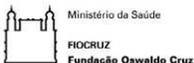
ORGANIZADORES:

Elaine Pires Soares
Júlio Cesar Schweikardt
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Ana Elizabeth Sousa Reis
Joana Maria Borges de Freitas

1ª Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA

*A arte do cuidado em
saúde no território líquido:*
conhecimentos compartilhados
no Baixo Rio Amazonas, AM

REALIZAÇÃO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL
PARINTINS



APOIO FINANCEIRO: _____



Secretaria de
**Desenvolvimento
Econômico, Ciência,
Tecnologia e Inovação**



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

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 Guimaraes, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Erica Rosalba Mallmann Duarte - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Francisca Valda Silva de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Leonardo Federico - Universidade de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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 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

Simone Edi Chaves - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barros - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderlécia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Maria da Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

editora



redeunida

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico Capa e Miolo

Beast de Design

Diagramação / Arte da Capa

Junio Pontes

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S676a

Soares, Elaine Pires (org.) et al.

A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM / Organizadores: Elaine Pires Soares, Júlio César Schweickardt, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Ana Elizabeth Sousa Reis e Joana Maria Borges de Freitas.

1.ed. - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021.

ISBN: 978-65-87180-49-6.

234 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.15). E-book: PDF

DOI: 10.18310/9786587180496.

1. Atenção Básica. 2. Cuidado em Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade.

5. Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-30180045

CDD 614:918.111

CDU 614(811.3)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Amazônia.

2. Medicina; Saúde pública; Região amazônica.

Ficha catalográfica elaborada 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

Saúde e Amazônia, 15

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).

Esta publicação foi feita através de uma chamada pública em parceria Editora da Rede Unida e Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia, contando com a colaboração de alunos e pesquisadores de diferentes instituições para a realização dos pareceres dos manuscritos. E-mail: lahpsa.fiocruz@gmail.com

A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia
Prefeitura Municipal de Parintins - Secretaria Municipal de Saúde

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Elaine Pires Soares,
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Ana Elizabeth Sousa Reis.

IMAGEM DA CAPA:

Título da obra “Os Andarilhos”
Autor: Saturnino Silva de Souza Neto

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

SOARES, Elaine Pires (org.) et al. A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA



Sumário

01	Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde - Júlio Cesar Schweickardt; Elaine Pires Soares; Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes; Ana Elizabeth Sousa Reis; Gladson Rosas Haurado; Joana Maria Borges de Freitas	08
02	Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM - Júlio Cesar Schweickardt; Elaine Pires Soares; Clerton Rodrigues Florêncio; Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes; Ana Elizabeth Sousa Reis; Joana Maria Borges de Freitas	20
03	Os territórios na produção da saúde: mapeando lugares e fluxos - Elaine Pires Soares; Arlindo Pires Machado; Solane Pinto de Souza; Luene Silva Costa Fernandes; Reidevandro Machado da Silva Pimentel; Luiz Carlos Castro Rocoda	39
04	Puxar, pegar e benzer: práticas tradicionais de cuidado na cidade de Parintins, AM - Reidevandro Machado da Silva Pimentel; Luene Silva Costa Fernandes; Solane Pinto de Souza; Adriane Gomes Belém; Joana Maria Borges de Freitas Silva	63
05	As imagens e as narrativas de um lugar chamado Mocambo: uma abordagem participativa pelo uso do Photovoice - Júlio Cesar Schweickardt; Leidiane Santarem Valente; Sonaira Serrão Castro Ribeiro; Daizes Caldeira Pimentel; Patrícia Gonzaga Farias; Joana Maria Borges de Freitas	76
06	Saúde Bucal: da prevenção à promoção para uma Parintins sorridente - Sonaira Serrão Castro Ribeiro; Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes; Rodrigo Tobias de Sousa Lima	90
07	Saúde mental no Baixo Rio Amazonas: as perspectivas do cuidado no município de Parintins, Amazonas - Gladson Rosas Hauradou; Elaine Pires Soares; Mireille Soares de Miranda; Tainá Abecassis Teixeira; Yêda Azevedo das Chagas; Glenda Patricia da Silva Vieira; Doricy Ribeiro de Souza; Saturnino Silva de Souza Neto	104
08	A Unidade Básica de Saúde Fluvial como modelo de atenção à saúde ribeirinha no município de Parintins, Amazonas - Sonaira Serrão Castro Ribeiro; Leidiane Santarém Valente; Elaine Pires Soares; Clerton Rodrigues Florêncio; Adna Batalha de Souza; Rodrigo Tobias de Sousa Lima; Júlio Cesar Schweickardt; Nara Reis Carneiro Koide	125

Sumário

09	Saúde no ritmo do Boi Bumbá: Ações de Vigilância em Saúde no Festival Folclórico de Parintins, Amazonas - Elaine Pires Soares; Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes; Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos; Hellen Bastos Gomes; Ivamar Moreira da Silva; Railda Soares da Silva	135
10	Perfil das internações na rede de urgência e emergência em Parintins/AM: olhando para a população ribeirinha do Baixo Rio Amazonas e comunidades adjacentes - Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes; Michele Milena Gomes da Silva Santos; Júlio Cesar Schweickardt; Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos; Ana Elizabeth Sousa Reis; Letícia Victória das Neves Sales; Daniela Estephany Soares da Silva; Bárbara Pereira Pessoa	155
11	Educação Permanente em Saúde e Educação Popular no município de Parintins - Andreina Bentes de Souza; Railda Soares da Silva; Maria de Fátima Guedes Araújo; Floriano Lins Anselmo	168
12	Caminhos da urgência e emergência no território ribeirinho de Barreirinha e Parintins: fluxos e redes vivas do usuário-guia - Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos; Júlio César Schweickardt; Lucas da Silva de Almeida; Ana Elizabeth Souza Reis; Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes; Sônia Maria Lemos	185
13	Os fluxos da população ribeirinha na terra do guaraná: o caso do município de Maués, Amazonas - Vanessa Figueiredo de Almeida; Júlio Cesar Schweickardt; Franmartony Oliveira Firmo; Jean José Queiroz de Oliveira; Hellen Carla de Barros; Francisca Lima Ribeiro; Giovana Brandão Farias; Cosmicilda Farias Gama Rocha; Francisca Margarete Pereira de Souza; Keila Andrade Marinho	197
14	Enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município de Boa Vista do Ramos, Amazonas - Nicolás Esteban Castro Heufemann; Francisco Souza dos Santos; Mayara Gonzaga Soares; Elíoiaini de Araújo Miller; Tatia Lamara Magno Morais; Lysandra Nivea Guimarães Farias; Júlio César Schweickardt	215
15	SOBRE AUTORAS E AUTORES	231

Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde

01

Júlio Cesar Schweickardt

Elaine Pires Soares

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Ana Elizabeth Sousa Reis

Gladson Rosas Haurado

Joana Maria Borges de Freitas

Introdução

O poeta amazonense Thiago de Melo diz que a Amazônia é a pátria das águas, não somente pela quantidade, mas pela diversidade e características dessas águas. As águas se distinguem pelas cores, qualidades químicas, riqueza de peixes e pragas, velocidade, tamanho, percursos, significados e simbologias. Além de ser a região que detém a maior quantidade de recursos hídricos utilizáveis, possuindo 34% dos recursos da área total da América do Sul e é *“responsável por 20% das águas doces que os rios lançam nos oceanos”* (Piedade apud Rios-Villamizar; Piedade & Junk, 2016, p. 175). Não há como negar o lugar que as águas ocupam na vida das pessoas da região amazônica e a relevância que tem para o equilíbrio ambiental mundial.

Temos dois períodos na Amazônia que denominamos de *“inverno”* e *“verão”* que não são determinados pela temperatura, mas pela quantidade de chuvas: *“chuvoso”* e o *“seco”*. No período de chuvas (fase aquática) as áreas de alagamento se expandem sobre as superfícies, também denominado de *“pulso de inundação”* e no período da seca (fase terrestre) as áreas de terra aparecem (Rios-Villamizar et al, 2016). Cada período cria novas formas sociabilidades, na seca surgem os caminhos, trilhas e estradas que criam acesso, enquanto a cheia conecta lugares, cria *“furos”*, quando o principal transporte é o barco, a lancha, rabeta.

Temos um território que se movimenta de modo permanente, levando e deixando terras e areias nas suas margens, criando novas porções de terras e encobrindo outras. A várzea e o igapó é um bom exemplo desse movimento, que são áreas que ciclicamente são alagadas e que podem ser utilizadas para a agricultura ou simplesmente para cortar caminhos e para pescar. Nesse movimento, as paisagens mudam, deixando o viajante ocasional sem referências, o que não acontece com um piloto experiente que aprendeu as *“manhas”* e os movimentos das águas. A permanência e o movimento do território nos ensinam que as políticas públicas precisam acompanhar a dinâmica

da vida. Assim, colocar o território em reflexão significa dizer que precisamos dialogar com as diferentes formas que esse toma na região amazônica.

Aprendemos com o sociólogo Boaventura de Sousa Santos (2018; 2007) que o conhecimento ocidental, epistemologia do Norte, silenciou os conhecimentos do Sul. Sugere, portanto, que possamos pensar numa sociologia ou epistemologia das ausências para construirmos um pensamento que ficou de fora ou foi negado por um pensamento dominante. A ciência eurocêntrica *“quando deslocada para outras regiões do mundo, faz com que essas regiões não se sintam em cada dentro do mundo”* (Santos, 2018, p. 29). As formas de pensamento coloniais sempre definiram o que seria privilegiado pela ciência. Se o conhecimento é uma forma de nos apropriar do mundo, então a apropriação *“nos permite transformá-lo de acordo com as nossas aspirações, o conhecimento é potencialmente emancipador”* (2018, p. 29). Assim, podemos interpretar, nos apropriar e transformar o mundo segundo as necessidades das pessoas.

Nesse sentido, as nossas formas de produzir o conhecimento nos levam para uma abordagem participativa, ou seja, não há um intérprete ideal e neutro da realidade, mas pessoas que estão implicadas com os sujeitos que vivem e atuam no lugar. Apostamos num tipo de conhecimento que possa responder às necessidades da vida e não somente elaborar problemas que se referem ao mundo do conhecimento abstrato. Por isso, a questão do acesso da população ribeirinha se constitui numa questão de vida e de constituição e produção de saúde. Mas não é qualquer acesso e nem qualquer lugar, pois estamos falando de um território ribeirinho e de uma população específica que produz sua vida na relação com o ambiente e a natureza.

O pensador indígena Ailton Krenak faz uma provocação em relação às nossas escolhas que o pensamento ocidental tem feito em relação à constituição da humanidade e à natureza. *“Os únicos núcleos que ainda consideram que precisam ficar agarrados nessa terra são aqueles que ficaram meio esquecidos pelas bordas do planeta, nas margens dos rios, nas beiras dos oceanos, na África, na Ásia ou na América Latina”* (Krenak, 2019, p.21). Os *“esquecidos”*, os que vivem nas *“bordas”* é que ainda sabem da importância da terra e da natureza para a manutenção da vida do planeta. Assim, olhar para esses lugares e pessoas é uma das tarefas da pesquisa e dos serviços de saúde, pois normalmente achamos que esses necessitam de nós, mas podemos também pensar que somos nós que precisamos dos ribeirinhos, *“caiçaras, índios, quilombolas, aborígenes – a sub-humanidade”* (Krenak, 2019, p. 21).

Pensar num tipo de humanidade descolada do território e do lugar de vida das pessoas é uma abstração. Os nossos modelos de desenvolvimento são questionados por ambientalistas e movimentos sociais que buscam um modo de vida alternativo ao modelo vigente. Assim, pensamos que as políticas de saúde também têm uma relação com a sustentabilidade do ambiente e dos lugares de vida das pessoas. Falamos na saúde no sentido amplo, mas ainda estamos presos a um modelo restrito de saúde. Por isso, nesse livro tentamos ampliar o conceito de saúde, de redes vivas, de acesso, de práticas de saúde para além do que a rede



formal oferece. Saúde dialoga com território, com águas, com os transportes, com as práticas tradicionais, com a festa e com rituais de encantamento. Enfim, trata-se de cuidar das pessoas e de tudo que faz parte da vida.

No discurso dos gestores da saúde aparece uma palavra de que na Amazônia tudo é difícil pelas questões geográficas, mas vimos que a questão não é a distância e os modos de fazer os percursos porque podemos produzir cuidado e acesso mesmo nas áreas remotas. Assim, podemos ter um *“longe muito longe”* medido pelo tempo e pelo espaço, mas como produzir um *“perto muito perto”* do cuidado mesmo nos territórios da Amazônia? Observamos com os textos aqui descritos que a população encontra os seus caminhos e faz as suas redes para a produção do acesso mesmo no longe. Os caminhos podem ser feitos na rabeta, na ambulancha, no barco, mas também acontecem no contato com o ACS da comunidade, com a parteira, o pegador de osso, com o rezador e o pajé. O acesso é múltiplo. Logo é possível criarmos estratégias que tornem o longe muito longe em algo perto muito perto do cuidado (Helfemann *et al*, 2016).

Os encontros nos territórios como uma política da negociação

A geógrafa Doreen Massey (2009) afirma que o espaço é o lugar do encontro e da eventualidade. A autora defende a ideia de construirmos uma política relacional do espaço, onde acontece a negociação das relações que se constituem pela multiplicidade e pelas diferenças. Assim, o espaço é o lugar do conflito, mas também da multiplicidade que está sempre em construção. A política relacional exige uma mentalidade aberta para a participação do diferente e do diverso. Assim, o desafio é que possamos fazer o exercício e o reconhecimento da *“coetaneidade”* (lugar de co-presença), onde podemos ter o convívio de trajetórias múltiplas (Massey, 2009, p. 220).

Interessante ver que Massey pensa que os lugares precisam ter espaço também para os não-humanos, por isso também é necessária uma política de negociação. Na Amazônia, segundo a autora, é o lugar onde a *“interpenetração dos humanos e não-humanos seja encontrada em toda parte”* (2009, p. 228). No entanto, isso é possível em todos os lugares, pois cada lugar é *“único e está constantemente produzindo o novo. As negociações serão sempre invenções, haverá necessidade de julgamento, aprendizagem, improvisação, não haverá regras meramente portáteis”* (2009, p. 230). Nesse caso, surge a emergência de uma política que esteja mediando essas relações para que o lugar seja sempre o espaço do encontro e da eventualidade do aqui e do agora.

A ideia de que temos outras gentes que coexistem no mesmo espaço entre aqueles que possuem a forma humana e formas não-humanas, sejam animais, vegetais ou minerais se constitui numa incrível mudança nos nossos paradigmas de natureza e cultura. Essa ideia está impressa nos mitos e culturas de diversos povos indígenas da Amazônia e que ampliam a nossa visão de natureza para além da dicotomia cultura e natureza. O antropólogo francês traz uns exemplos sobre essa perspectiva: *“A maior parte das plantas e dos animais são pessoas como nós”*,

e a “maioria dos seres da natureza possuem uma alma análoga à dos humanos, que lhes permite pensar, raciocinar, ter sentimentos, comunicar-se à maneira dos humanos e, sobretudo, fazer que vejam a si mesmos como humanos, apesar da aparência animal ou vegetal”. Por isso, os animais e vegetais são considerados como gente para muitos povos indígenas da Amazônia: “sua humanidade é moral, repousa sobre a ideia que fazem de si próprios; não é uma humanidade física que repousaria sobre a aparência que têm aos olhos do outro” (Descola, 2016, p. 13).

A possibilidade de ter perspectivas diferentes da sociedade e da natureza é uma forma de ampliar as imagens que construímos sobre o real. Por isso, temos o compromisso de ampliar as possibilidades, visões e perspectivas dos territórios para além dos limites que colocamos nas políticas e nas regras que simplificam a realidade. Boaventura nos alerta que a “*diversidade cultural do mundo não significa necessariamente o reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo*” (Santos, 2010). A pesquisa, portanto, também necessita passar por uma ampliação dos olhares. Uma dessas tentativas é fazer o exercício da participação, inclusive das escritas, quando sentamos com as pessoas e buscamos pensar a partir de “lugares de fala” diferentes, de espaços-tempo distintos, de perspectivas diversas para promover um exercício dialógico e democrático do conhecimento.

Pesquisar é um ato político, uma escolha ética e um compromisso com as pessoas e os lugares. A pesquisa exige escolhas e opções pelos caminhos metodológicos que tomamos, podendo ser mais ou menos inclusiva, ou simplesmente extrativa, como Boaventura de Sousa Santos (2018) chama as pesquisas que retiram o conhecimento do outro. A pesquisa que adotamos tem uma perspectiva freiana, de uma práxis como uma ação pedagógica e transformadora da realidade, numa relação dialética entre teoria e prática. Assim, fizemos uma opção por uma pesquisa que interpreta e intervém na realidade para transformar situações que desejamos superar, aperfeiçoar e qualificar.

A pesquisa de abordagem participativa tem como referência a Community-based-Participatory Research (CBPR), que tem desenvolvido estratégias de pesquisa como um processo colaborativo entre os pesquisadores e outros sujeitos, buscando relações mais simétricas e dialógicas. Essa abordagem também procura valorizar os outros saberes, possibilitando a criação de novos saberes (Giatti, 2018).

Segundo Giatti (2018, p. 57) “*optar por realizar uma pesquisa participativa deve significar estar aberto a processos que se auto-organizam e que, com isso, obrigam os pesquisadores a ceder o poder (...)*”. Por isso, a metodologia poder ser adaptada, modificada em todo o processo, pois não está somente no domínio de um grupo de pesquisadores, pois todos passam a ser pesquisadores. Assim, a pesquisa “*Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas*”, parte do pressuposto da participação. A primeira oficina com os trabalhadores e gestores dessas duas regiões foi convidá-los a serem pesquisadores do seu lugar e de seus problemas, mesmo que tenhamos partido de um projeto que conta com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam).

Logo, os pesquisadores foram desafiados a produzirem os textos e análises sobre as suas ações. Como escrever é uma arte, realizamos duas oficinas de escrita em Parintins (Baixo Rio Amazonas) para construirmos juntos os formatos e os modos de escrita. Nessa oficina foram convidados profissionais da Atenção Básica, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Sede e das áreas ribeirinhas, trabalhadores da Vigilância em Saúde e dos hospitais Jofre Cohen e Padre Colombo, saúde bucal, saúde mental, trabalhadores da gestão, assim como docentes da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), campus Parintins. Ainda participaram da oficina pesquisadores e alunas do LAHPSA. Na primeira oficina, realizada em dezembro de 2019, identificamos os temas que gostaríamos de escrever e cada grupo de autores se juntou para organizar a sua produção. Em seguida, os textos foram trocados diversas vezes entre os autores, alunos e pesquisadores com sugestões de conteúdo e referências. Na segunda oficina, março de 2020, a maioria dos textos já estavam construídos e novamente fizemos uma rodada de revisões e de discussões em torno do material. Novos textos surgiram ou por demanda dos trabalhadores ou da gestão. Assim, novas construções que podem não terminar aqui, mas continuam como desejo.

Na primeira oficina ainda realizamos uma visita na Comunidade do Mocambo. Nos deslocamos de lancha até a Comunidade e fomos recebidos pela equipe da ESF da Unidade Básica de Saúde (UBS). O objetivo da visita foi fazer um exercício da ferramenta de pesquisa Photovoice, que acabou gerando um dos textos dessa coletânea. O outro objetivo foi convidar a equipe para se somar na equipe de pesquisa para auxiliar na compreensão dos fluxos da população ribeirinha no acesso aos serviços de saúde. Posteriormente, Ana Elizabeth Reis, a aluna de mestrado, e Thalita Renata Neves, doutorado, foram até à Comunidade para realizar as atividades de pesquisa participativa com os membros da equipe de saúde do Mocambo.

O título deste livro *“A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM”* não poderia ser diferente, pois dialoga com a mundo das artes que fazem parte da vida da cidade, dialogando com o cuidado em saúde e com o território caracterizado pela fluidez e pelo líquido. A arte da capa do livro partiu de um edital que buscou deixar livre a criação sobre o tema do livro. A ilha de Tupinambarana é cercada por águas que no inverno invadem terrenos e áreas em tono da cidade, criando novas paisagens e novos caminhos. Também esse livro, quer servir de muitos caminhos tanto para a pesquisa, como para a gestão e para o trabalho momentos de reflexão sobre si e sobre o lugar. Nesse meio tempo fomos atravessados pela pandemia do Covid-19 que mudou radicalmente nossas visões de mundo e as formas de conviver, viver e pensar os nossos modos de viver. Escrevemos essas palavras no isolamento social que nos autocolocamos pelo bem coletivo. Nesse sentido, produzir um livro depois dessa crise sanitária mundial, nos conecta ainda mais com o nosso lugar e com as responsabilidades que temos com as pessoas e todas as outras “gentes”. A solidariedade e as diversas formas de colaboração nos animam para uma aposta na humanidade e nos projetos de vida.

Somos ribeirinhos: aproximação com o conceito

Inicialmente dizemos que ribeirinho é uma categoria social, antes mesmo de alguém que vive na margem de algum rio, lago, igarapé ou paraná. O ribeirinho não está preso e determinado a um lugar geográfico e físico, mas entendemos como alguém que tem a sua vida mediada pelas águas. Os ribeirinhos são conhecidos por viverem em comunidades, localizados nas proximidades do complexo de águas da Amazônia.

A vida ribeirinha pode ser caracterizada numa forte relação com o território, com a floresta e, sobretudo as águas. A vida econômica, social e cultural também está relacionada com os ciclos das águas, se tornando em elemento central na vida dos ribeirinhos. O acesso às comunidades ribeirinhas se dá através das águas, sendo, em alguns casos, possível somente por meio do transporte fluvial (Pereira, 2018). As famílias navegam pelos rios da Amazônia, fazendo conexões, imagens que ultrapassam nosso imaginário de como é viver nesse território líquido (Santos, 2018).

O termo “*ribeirinho*” não se reduz a uma generalização, pois guarda uma complexidade existencial, que está vinculada a um sentimento de pertencimento ao lugar. Os ribeirinhos no Amazonas são muito diferentes uns dos outros, o ribeirinho do Alto Rio Solimões não é o mesmo do Alto Rio Negro ou do Rio Madeira. Quando falamos de ribeirinhos, é evidente que estamos utilizando de uma generalização para falar de algumas características que os identificam, mas não podem ser reduzidas a partir de uma definição abstrata. Não há delimitação espacial que os defina, cada um desses grupos apresenta uma complexidade muito particular que os diferencia entre si, mesmo apresentando elementos em comum. “A referência não é sobre que tipo de população se ‘enquadram’, é sobre quem são, onde moram e que rede familiar constituem” (Pereira, 2018, p. 58).

A categoria social e política do ribeirinho, segundo Neide Esterci (2002), vai se constituir na Amazônia através luta por áreas de pesca, juntamente com os pescadores. Os ribeirinhos estavam mais associados à uma lógica de preservação da floresta em detrimento dos pescadores que eram vistos como “depredadores”. O termo ribeirinho estava associado à população que vivia às margens de rios e lagos do interior, mas ribeirinhos também pode ser uma designação para as pessoas que vivem em comunidades ou até mesmo agricultores. “*As unidades básicas de organização e representação dos ribeirinhos são as ‘comunidades’ e as entidades de organização e representação dos pescadores são as colônias de pescadores*” (Esterci, 2002, p. 52).

Segundo Esterci (2002) a classificação dos grupos na Amazônia passou por uma dimensão política, por isso os ribeirinhos passaram a configurar uma categoria política associada à preservação ambiental, principalmente após o movimento ambiental da década de 1990. A classificação do ribeirinho passou a ter um critério mais abrangente do que o pescador, agricultor ou o indígena, pois poderia ser qualquer pessoa que vivia nas margens dos rios e lagos, influenciando os seus

modos de vida. Inicialmente o ribeirinho estava associado ao lugar, mas foi tomando uma conotação de uma categoria política que envolvia uma coletividade vinculada às comunidades do interior.

A dissertação da religiosa Henriqueta Barbosa Spíndola (1997) reforça a imagem organizacional e política dos ribeirinhos, principalmente do papel que a igreja Católica teve na sua organização social e política. A imagem do ribeirinho passou a ser positiva no sentido de que foi associado à preservação do ambiente. Esterci (2002) conclui que a Igreja Católica, através de Movimento de Educação de Base (MEB), Comissão Pastoral da Terra (CPT) e Comunidades Eclesiais de Base (CEB) contribuiu para criar uma marca coletiva para as “comunidades ribeirinhas” como um espaço social de organização e de encontros. A igreja participou tanto da formação de lideranças como na politização da identidade social e política dos “ribeirinhos”.

A categoria ribeirinho nasce, portanto, da luta política pelo peixe e pelo direito dos uso de lagos e roças para a sobrevivência nas comunidades do interior. Segundo Spinola (1997), o ambiente está associado à sua vida, sendo que o ciclo das águas interfere na pesca e na agricultura. A pesca é mais abundante na seca e escasseia na cheia; e a várzea quando alagada não pode ser utilizada para a agricultura senão na seca. O ser ribeirinho está associado à uma relação com a natureza, mas também o modo de vida que difere do modelo capitalista que visa o lucro e a exploração da natureza (Spinola, 1997). O tempo do ribeirinho é outro, é cíclico, acompanhando o movimento das águas, a enchente e a vazante, o subir e descer, que definirá o melhor tempo de plantar, pescar e navegar. O tempo não é o tempo do capital, pois esse ignora as diferenças do território e as estações.

Podemos dizer que o ribeirinho é uma categoria social e política, que está para além de alguém que vive nas margens dos rios, mas que possui uma identidade com o lugar, uma prática relacional com as pessoas e com o território, com uma produção de vida (Pereira, Schweickardt, Lima & Schweickardt, 2019). Não dá para negar a relação intensa com a natureza, mas uma natureza animada com os encantados e as lendas que povoam o imaginário coletivo. “O ribeirinho, no nosso entendimento, não está preso ao determinismo geográfico, mas cria a sua identidade e os seus modos de vida com as condições que o lugar apresenta, tanto sofrendo a influência do local como produzindo mudanças e transformações” (Santos, 2018, p. 33).

Segundo Bourdieu (1997, p. 22), “o habitus é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bem, de práticas”. Nesse sentido, o ribeirinho (que nem sempre é identidade autodenominada) se forma a partir de um conjunto de escolhas que vão demarcando as suas práticas e a produção de bens.

Por fim, consideramos que a região do Baixo Rio Amazonas tem um papel estratégico nos estudos regionalizados porque nos ajuda a compreender algumas

questões como: a gestão regionalizada, o fluxo da população na dimensão interestadual, as políticas públicas na relação com as populações indígenas e quilombolas, ações de saúde na dimensão ribeirinha. Um dos capítulos que analisa o fluxo da população ribeirinha no hospital Jofre Cohen, em Parintins, mostra a importância.

Apresentando os capítulos

O texto **Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM** apresenta o processo de pesquisa com abordagem participativa. Os autores refletem que o conhecimento se produz nos encontros, por meio do compartilhamento de diferentes olhares e perspectivas sobre os mais diversos “objetos”. Desta forma, a pesquisa científica aproxima os diferentes sujeitos, pensamentos e saberes no território Amazônico.

É buscando fazer as aproximações sucessivas ao cotidiano de cuidado em saúde da população ribeirinha que o capítulo **Os territórios na produção da saúde: mapeando lugares e fluxos** caracteriza o território ribeirinho do município de Parintins, os serviços de saúde disponíveis e o tempo de deslocamento dos usuários para acessar os serviços de urgência e emergência, considerando as cheias e secas dos rios.

Olhando para o território e as presenças de produção do cuidado o capítulo **Puxar, pegar e Benzer: práticas tradicionais do cuidado na cidade de Parintins** é baseado em etnografia e métodos participativos e tem como pré-requisito a escrita coletiva e compartilhada entre trabalhadores, pesquisadores e usuários. A identificação e mapeamento dos cuidadores populares e o diálogo com a equipe de enfermagem possibilitou aos autores refletir sobre as práticas desenvolvidas no território da Atenção Básica no cotidiano do serviço.

O capítulo **As imagens e as narrativas de um lugar chamado Mocambo: uma abordagem participativa pelo uso do Photovoice** também utiliza a metodologia participativa para apresentar a realidade de uma comunidade ribeirinha do município de Parintins. Neste contexto, as imagens utilizadas pelos autores materializam as cenas dos lugares, emergindo a presença dos significados, símbolos e signos. A narrativa através das imagens conta a história e vida dos ribeirinhos, aguçando a imaginação dos leitores para novas interpretações possíveis.

O capítulo a **Saúde bucal: da prevenção à promoção para uma Parintins sorridente** relata cuidado diferenciado e humanizado dos profissionais de saúde bucal aos moradores do rio Amazonas. Revela conquistas da promoção da saúde e da assistência odontológica no campo multiprofissional e observa os avanços das políticas de saúde bucal nos territórios do baixo Amazonas. Da mesma forma, o capítulo **Saúde mental no Amazonas: as perspectivas do cuidado em Parintins** destaca as potencialidades da atenção à saúde mental prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial Adolfo Lourido (CAPS II), mostrando a dinâmica da equipe multidisciplinar no cuidado de usuários com transtornos mentais graves e persistentes.

A Unidade Básica de Saúde Fluvial como modelo de atenção à saúde ribeirinha no município de Parintins, Amazonas descreve e analisa a atuação da unidade fluvial no contexto da saúde pública de Parintins. É um estudo de caso do desenvolvimento de ações de saúde na região ribeirinha do baixo Amazonas, a partir do cadastro da UBSF e análise do trabalho realizado em cinco meses desde sua implementação.

Saúde no ritmo do Boi Bumbá: Ações de vigilância no Festival Folclórico de Parintins, Amazonas reflete as práticas de monitoramento, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde da Vigilância em Saúde de Parintins antes, durante e depois do Festival do Boi Bumbá. Os autores abordam a vigilância em saúde, suas múltiplas dimensões e ações em eventos de massa.

O capítulo **Perfil das internações do hospital Dr. Jofre de Matos Cohen: olhando para a população ribeirinha do baixo rio amazonas e comunidades adjacentes** apresenta o perfil de internações da população ribeirinha nos anos de 2017 e 2018 no Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen e no Hospital Padre Colombo, trazendo várias reflexões sobre as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, o que condiz com a faixa etária e gênero sexual predominante, inclusive com o próprio caráter de urgência/emergência majoritário.

Educação permanente em saúde e educação popular ao município de Parintins, Amazonas é fruto do processo vivenciado no campo da educação permanente em saúde. O texto apresenta a trajetória de diferentes atividades de aprendizagem no âmbito da gestão municipal e como usuária do SUS para a implantação e fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

No processo de compreensão sobre os territórios amazônicos tronou-se necessário entender o **Caminho da urgência e emergência: fluxos e redes vidas através do usuário-guia**, por isso este capítulo aborda acesso à rede de saúde na dinâmica das águas e das terras a partir do município de Barreirinha, olhando para os modos de vida e existências das populações ribeirinhas. Os autores refletem sobre o território das águas, permeado por símbolos e práticas que atravessam a vida das pessoas, sejam elas usuários ou profissionais do Sistema Único de Saúde.

Adentrando em outros territórios da Região do Baixo Rio Amazonas com o capítulo **Os fluxos da população ribeirinha na terra do guaraná: o caso do município de Maués, Amazonas** relata a pesquisa “em ato”, como espaço potente para o encontro de diferentes olhares e perspectivas no cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde, em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os autores abordam a experiência da pesquisa científica cujos sujeitos de pesquisa são ao mesmo tempo intelectores e pesquisadores. E o texto **Enfrentando a pandemia da Covid-19 no município de Boa Vista do Ramos, Amazonas** faz um debate sobre a pandemia e o acesso da população do município aos serviços de saúde. Os autores apresentam as estratégias utilizadas no enfrentamento da COVID-19, mostrando que mesmo num município distantes da capital e de pequeno porte, foi necessário um conjunto complexo de ações.

Por fim, gostaríamos de apresentar o autor e a obra **“Os Andarilhos”** que foi utilizada para produzir a capa do livro¹. O autor é Saturnino Silva de Souza Neto nasceu em Alenquer/Pará em 01 de fevereiro de 1960. Com 16 dias de nascido migrou com seu pai, e família, para a cidade de Juruti, também no estado Pará. Não conhecera sua cidade natal. Casado, pai de cinco filhos, deparou-se pela primeira vez com a importância do cuidado em Saúde Mental quando um de seus filhos que necessitava de atenção veio a óbito. Uma perda, repentina e precoce, irreparável e inenarrável. Vinculou-se ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Adolfo Lourido em Parintins por meio da realização de trabalhos voluntários dada sua percepção acerca do expressivo número de pessoas com demandas em Saúde Mental na cidade. Algumas dessas demandas eram atendidas na capital, Manaus, por aqueles que dispunham de condições para tal. Os casos que permaneciam em Parintins tinham como destino as ruas da cidade, isto é, “ficavam perambulando por aqui”. Após tomar ciência de que o CAPS II lidava com as pessoas que apresentavam necessidade de atenção em Saúde Mental, pôs-se de prontidão, voluntariando-se para somar com o cuidado no ano 2007. Com Ensino Médio completo, formações e capacitações na área da Saúde Mental e cursos profissionalizantes, como Técnico em Administração, foi contratado como servidor público do referido Centro contribuindo com a atenção em Saúde até o momento. Sobre o viés artístico, Saturnino Neto afirma trabalhar com pintura “desde sempre”. Sempre gostou de desenhar, fazer rabiscos e hoje sua criação se centra na pintura. Suas inspirações, como o quadro “Os Andarilhos” (Arte da Capa), advêm do dia a dia do convívio com os usuários do CAPS II Adolfo Lourido. A inspiração é: “O dia a dia da pessoa que sofre com o transtorno mental”, afirma. Entende que a atual Política de Saúde Mental em Parintins, que já “esteve pior”, apresenta bons resultados e destaca a necessidade de maior sensibilização da comunidade parintinense quanto à situação, e compreensão, das pessoas usuárias do CAPS II e demais pessoas com sofrimento psíquico. Sublinha: “Ainda falta muita coisa, muito investimento, muita atenção, muito trabalho para sensibilizar as pessoas do ‘diferente’. Essa é a dificuldade!”. O Autor/Servidor Público/Artista saturado de humanismo, considera que o trabalho no CAPS II apresenta uma qualidade especial por se realizar no cotidiano: “todo dia é um dia diferente!”. Tal qualidade tem contribuído muito para o seu crescimento pessoal e profissional. “Eu não seria a pessoa que sou hoje se não fosse o CAPS e eu tento repassar isso para as pessoas que desconhecem esse trabalho”. Essa é a expressão da Arte do cuidado em saúde no território líquido no Baixo Rio Amazonas.

Referências

Bourdieu, P. (1997). **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus.

Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). (2016). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida.

1 - A entrevista foi realizada por Gladson Rosas Hauradou.

Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). (2016). **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Descola, F. (2016). **Outras naturezas, outras culturas**. São Paulo: Editora 34.

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

Giatti, L. (2018). O caráter adaptativo da pesquisa participativa: rompendo com a monocultura de saberes. In: Toledo, R.F.; Rosa, T.E.C.; Keinert, T. M.; Cortizo, C.T. (Orgs.). **Pesquisa Participativa em Saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde.

Heufemann, N.E; Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S. (2016). A produção do cuidado no 'longe muito longe': a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: Feuerwerker, L; Bertussi, D.C; Merhy, E. E. (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis.

Kadri, M. R. & Schweickardt, J.C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, Estado do Amazonas. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

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

Krenak, A. (2019). **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras.

Lima, R. T.S.; Simões, A.; Heufemann, N.E.; Alves, V. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Pereira, F. R; Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S. & Schweickardt, K.H.S.C. (2019). 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. **Atenção Básica na região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida.

Pereira, F.R. (2018). **A micropolítica do trabalho e do cuidado no território da Amazônia: equipe de saúde da família ribeirinha - eSFR**. [Dissertação de Mestrado].

Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Rios-Villamizar, E.A; Piedade, M.T.F. & Junk, W. (2016). Tipologias de águas em áreas úmidas da Bacia Amazônica: uma revisão enfatizando a classificação dos rios e igarapés. In: Ferreira, S.J.F.; Silva, M.L.; Pascoaloto, D. **Amazônia das águas: qualidade ecologia e educação ambiental**. Manaus: Valer, Fapeam.

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

Santos, B. S. (2018). **Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016**. São Paulo: Cortez.

Santos, B.S. (2010). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: Santos, B.S. & Meneses, M.P. (orgs). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez.

Santos, B.S. (2018). **Micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado na UBS fluvial de Borba-AM**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Schweickardt, J.C.; Lima, R. T. S.; Simões, A.; Freitas, C. M. & Alves, V. (2016). 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.

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

Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM

02

*Júlio Cesar Schweickardt
Elaine Pires Soares
Clerton Rodrigues Florêncio
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Ana Elizabeth Sousa Reis
Joana Maria Borges de Freitas*

Caboclo Ribeirinho

No leito do rio, viajo remando,
à luz da poranga no meu Amazonas
Eu sou perrechê, caboclo de fé
Pescando o sustento na igarité.

No murmúrio da noite é preciso se benzer
nesse beiradão tem visagem e bicho encantado
no perau do rio.

Meu paneiro milagreiro nunca foi panema
Traz peixe, pupunha, castanha, marí-marí, tucumã
marrecas e garças sobrevoam as paisagens
é tempo de piracuí e tamuatá no tucupí.

Deixe o milagre da vida eclodir
dos ovos nas praias dos rios
pés-de-pincha, pés-de-pincha.

Quando as águas beijam a ponte
é tempo de passar o gado, passar o gado.

Meu paneiro milagreiro nunca foi panema
meu paneiro nunca foi panema.

Sou caboclo ribeirinho
meu sustento é garantido
respeitando a natureza eu enfrento a correnteza.
(Demetrios Haidos / Geandro Pantoja / Rossy Carmo)

Multiplicando os lugares de fala: “sou caboclo ribeirinho...”

O texto tem o objetivo de apresentar o processo de pesquisa, tendo como “norte” a abordagem participativa. Partimos do pressuposto de que o conhecimento se produz na nossa capacidade de promover encontros, muitos encontros, de trocas com a intenção de compartilhar os diferentes olhares e perspectivas sobre os mais diversos “objetos”. Entendemos que uma pesquisa científica aproxima os sujeitos de observação, com suas diferentes lógicas de pensamento e de saberes. Assim, colocar o compartilhamento das ideias se constitui no próprio ato de pesquisar, produzindo as metodologias de aproximação do campo.

A participação pressupõe uma autoria coletiva, portanto, todas as pessoas envolvidas na produção das informações se constituem como autores produções. A autoria coletiva coloca em debate as relações de poder na produção da ciência, que tem como característica a hierarquização dos saberes. A feminista Djamila Ribeiro (2017) questiona a ideia de uma epistemologia universal que desconsidera o saber das parteiras tradicionais, povos originários, a prática médica dos colonizados e a escrita em primeira pessoa que critica a lógica discursiva da neutralidade dos sujeitos. Por isso, Boaventura de Sousa Santos (2018) sugere que possamos fazer o exercício de uma ecologia dos saberes, ou seja, criar espaços intepistêmicos para uma produção que valorize os diferentes saberes.

Os autores desse texto se encontraram, de perspectivas diferentes, para falar de um lugar específico, no município de Parintins, localizado na região do Baixo Rio Amazonas, no Estado do Amazonas. Os autores olham o lugar a partir da gestão, da vigilância, da pesquisa, da formação com a ideia de que todos e todas tem algo para dizer. Esse encontro polifônico se deu pelo convite da pesquisa, mas também pela vontade de refletir sobre o lugar de produção do cuidado em saúde.

A Amazônia não se constitui como um espaço homogêneo, mas é formada por uma grande diversidade de culturas, de línguas, de mitos, de práticas sociais que configuram o território e os modos de vida. Do mesmo modo, as políticas para e na Amazônia não são as mesmas para toda a região, pois necessitam dialogar com as características de cada lugar. As políticas públicas precisam dar respostas, de modo equitativo e universal, para as singularidades dos povos e grupos sociais. Assim como nas políticas, também necessitamos de uma epistemologia inclusiva com uma postura etico-política de compromisso com os diferentes saberes.

A Amazônia e seus múltiplos territórios tem sido objeto de trabalhos dos pesquisadores associados ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, buscando produzir um conhecimento que seja pertinente às políticas públicas e às populações da floresta. A metodologia das pesquisas tem sido pautada por uma abordagem participativa, isto é, os trabalhadores, gestores e usuários são convidados a se constituírem enquanto autores e produtores desse conhecimento. O convite foi para que os trabalhadores

e os gestores da saúde também se constituíssem como pesquisadores locais. Assim, o trabalho é produzido em rede, com diversos grupos, com perspectivas diferentes para que os olhares possam apresentar uma Amazônia plural e pluriversal². É mais que uma metodologia ou abordagem, mas é uma opção ético-política com as experiências e os saberes locais.

As publicações do grupo têm abordado diferentes temáticas como as relações entre o território e as políticas públicas (Schweickardt *et al.*, 2016; Kadri & Schweickardt, 2016; Lima, 2016; Kadri *et al.*, 2017; Kadri *et al.*, 2019); o cuidado em saúde no contexto ribeirinho (Heufemann *et al.*, 2017); o modo de fazer ciência na Amazônia (Ferla *et al.*, 2017); o território “líquido” como uma categoria de análise (Schweickardt *et al.*, 2016; Kadri & Schweickardt, 2016; Kadri *et al.*, 2019); a educação permanente como processo de aprendizagem no território (Moreira; Figueiró; Ferla; Schweickardt, 2019). As coletâneas sobre a Atenção Básica na Amazônia trazem diferentes reflexões sobre o processo de formação e das práticas em saúde (Schweickardt; Kadri & Lima, 2019; Ferla; Schweickardt; Noal & Schweickardt, 2019).

O texto está no contexto do projeto “Acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas”, que está sendo realizado em duas regiões de saúde (Baixo Rio Amazonas e Médio Rio Solimões). O projeto é coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia e participam alunos de mestrado e doutorado, além de trabalhadores e gestores da saúde dos 11 municípios envolvidos na amostra. O projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer aprovado, CAEE n. 99460918.3.0000.5020.

O município da festa dos bumbás e das águas

A ilha, onde se encontra a sede do município, tem diferentes caracterizações: tupinambarana, alegria, magia, paraíso, vermelha, azul, encantada, capital mundial do folclore, terra do Boi-Bumbá, capital nacional do Boi-Bumbá. Portanto, estamos falando de um lugar encantado, com contradições, peculiaridades culturais que estão expressas nos seus modos de vida e no linguajar.

O município de Parintins localiza-se à margem direita do rio Amazonas, com área de 5.952 quilômetros quadrados com uma densidade demográfica de 19,2 hab/Km². Segundo informações do IBGE a população estimada, em 2019, é de 114.273 habitantes. A população está distribuída em 72,5% na área urbana e 26,5% na área rural, de acordo com censo realizado em 2010 (IBGE, 2010).

A cidade de Tupinambarana está a 369 quilômetros distante da capital, Manaus, em linha reta, e a 420 quilômetros por via fluvial. Significa dizer que o acesso à capital

2 - O filósofo Enrique Dussel e outros pensadores da descolinização defendem que não se trata de um pensamento uni-versal, mas de construirmos um pensamento pluri-versal que produz um diálogo entre os saberes não coloniais (Dussel, 2016; Grorfoguel, 2016).

se faz em 15 horas descendo e 27 subindo o rio Amazonas, nos barcos regionais, em camarote ou no balanço de uma rede. Por via aérea, o tempo é de uma hora. O deslocamento por Lanchas rápidas tem a duração de 8 horas, quando se pode ir assistindo filmes sentadas em poltronas e no ar-condicionado. Na Amazônia a distância é medida pelo tempo de deslocamento, principalmente porque os rios são os pontos de conexão entre os lugares.

Figura 01. Localização do município de Parintins



Fonte: Adaptado pelos autores (IBGE, 2017).

O Município faz limite ao norte com os municípios de Nhamundá e Uruará, ao sul com município de Barreirinha, ao leste com o Estado do Pará e a oeste com o município de Urucurituba. Parintins possui nove distritos, que são: Parintins, a sede do município, Vila Amazônia, Mocambo, Zé Açú, Cabury, Sabina (Mamurú), Marajó, Valéria e Tracajá (IBGE, 2019).

Figura 02. Mapa de Parintins



Fonte: INCRA, 2017.

A Ilha Tupinambarana, parte componente do município, de aproximadamente 200 Km de largura, somente na faixa da várzea é na verdade um arquipélago, uma vez que na época da cheia fica entre coberta de lagos, “furos”, restingas³, paranás e igapós. Além do rio Amazonas, ainda há o rio Mamurú e o Paraná do Ramos. No período da cheia os rios se unem aos lagos, criando novos caminhos do acesso. O “furo” é o nome dado para os atalhos que os rios e lagos vão produzindo no território líquido. O furo somente pode ser utilizado no período da cheia e na medida que as águas vão subindo ou descendo os pilotos de embarcações vão testando a profundidade das águas. Os furos diminuem o tempo de viagem, mas somente os experientes sabem fazer esse caminho porque as águas tomam conta do cenário.

Figura 03. Vista aérea de Parintins



Fonte: IBGE, 2019 (Paulo Sicsu)

O município de Parintins é considerado referência nos serviços de saúde para os cinco municípios da Região de saúde do Baixo Rio Amazonas. A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) é composta pelas áreas de Gestão, Assistência e Vigilância em Saúde que de forma integrada organizam e operam processo de Atenção à Saúde através da Atenção Básica, Atenção Especializada, Programas e Ações Estratégicas por fase de vida e transversais (Saúde da Criança, do Adolescente, Jovem, Adulto, Idoso, Homem e Mulher, Pré-Natal, Vigilância Alimentar e Nutricional, Bolsa Família, Saúde Mental, Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão, Saúde Prisional, IST-HIV/AIDS/Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase, Vigilância em Saúde).

3 - Restinga é um espaço geográfico formado por depósito de sedimentos e, geralmente, possuem formato alongado, são formadas nos deltas dos rios, através do acúmulo de sedimentos trazidos pelas águas fluviais e com vegetação arbustiva e herbáceas (Pereira, 2003).

A Atenção Básica em Saúde é realizada em 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 unidades na área urbana, 05 unidades na região rural e 01 (uma) unidade fluvial. Em 2018 a média de 29 equipes de Atenção Básica na modalidade Estratégia Saúde da Família – ESF, destas 11 são com Saúde Bucal, 01 odontomóvel e 06 equipes da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS), distribuídas em 15 Unidades Básicas de Saúde, sendo 24 equipes na região urbana e 05 equipes na região rural e 04 Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF-AB.

Quadro 01. Rede Física de Saúde de Parintins por Tipo de Gestão e Natureza Jurídica

TIPO DE ESTABELECIMENTO	TOTAL	TIPO DE GESTÃO		
		MUNICIPAL	ESTADUAL	DUPLA
Central de gestão em saúde	1	1	0	0
Central de Regulação do Acesso	1	0	1	0
Centro de Atenção Psicossocial – Tipo 2	1	1	0	0
Centro de Saúde/Unidade Básica	16	16	0	0
Clínica/Centro de Especialidade	2	2	0	0
Central de Abastecimento Farmacêutica	1	1	0	0
Hospital Geral	2	2	0	0
Policlínica	1	1	0	0
Telessaúde	1	1	0	0
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia	2	2	0	0
Unidade de Vigilância em Saúde	3	3	0	0
Total	34	33	1	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Relatório Anual, 2019.

O município conta com duas estruturas de média complexidade em saúde, com atendimentos 24 horas, em escala de urgência e emergência e internação. Os dois hospitais juntos ofertam 129 leitos, distribuídos da seguinte forma: 68 leitos no hospital Jofre Cohen e 61 no hospital Padre Colombo. O hospital Jofre Cohen tem uma gestão municipal e possui os seguintes serviços: internação em clínica médica, obstétrica, neonatologia, cirurgias, odontologia. Dispõe também o serviço de cardiologia, 4 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), conta ainda com laboratório de análises clínicas e exames de imagens (radiologia, mamografia e ultrassonografia). O hospital Padre Colombo é um serviço de cunho filantrópico, sem fins lucrativos, sendo referência para a pediatria e atendimento ambulatorial e cirurgias ortopédicas. Dispõe ainda de serviços de internação de clínica médica, obstetrícia, neonatologia. Conta com um posto de coleta de banco de leite e um leito para cuidados intensivos (Amazonas, 2017).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) tem a responsabilidade pelas ações de saúde indígena. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a

unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O DSEI Parintins desenvolve suas ações para uma população indígena de cerca de 13.033 habitantes distribuídos nas etnias Sateré- Mawé e Hyxkaryana (SESAI, 2015). A gestão da saúde na área é realizada através de 12 Pólos Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), sendo que está em formação mais um Polo Base no município de Boa Vista do Ramos para uma população que não faz parte da Terra Indígena. As equipes atuam no regime de trabalho dividido em vinte dias em área e dez de folga. A gestão municipal da saúde dá o suporte para atendimentos na média complexidade.

A Terra Indígena Andirá Marau abrange os municípios de Barreirinha, Maués e Parintins. As terras dos Hyxkaryana abrangem o município de Nhamundá-AM. A Casas de Saúde do Índio (CASAI), localizadas nos municipais de Maués e Parintins, dão o suporte para os indígenas encaminhados de área para realizarem avaliações clínicas, investigação diagnóstica e tratamento de patologias e são acompanhados para receber atendimento de média e alta complexidade junto à rede do Sistema Único de Saúde do município e da capital (Pimentel; Soares; Costa; Schweickardt, 2013).

Por uma epistemologia das presenças no território líquido: “No leito do rio, viajo remando”

Os estudos na e sobre a Amazônia no campo da saúde tem uma forte caracterização na presença de endemias e na falta de infraestrutura de serviços. Quando olhamos para a área rural e ribeirinha a ênfase recai para incipiência ou da inexistência de serviços, de gestão e de profissionais, como um lugar de ausência das políticas públicas. Assim, o território da Amazônia passa por uma naturalização das ausências, como se fosse intrínseco ao lugar.

Boaventura Santos (2007) alerta que a hierarquização que surge na comparação entre realidades desiguais, conduz à uma inferiorização daqueles lugares que têm os seus saberes invisibilizados. A produção das ausências faz parte de um processo de colonização que considera que o universal só cabe no pensamento ocidental moderno (Dussel, 2010; 2016). Boaventura afirma que o “pensamento ocidental moderno é um pensamento abissal” (2010, p. 31). A distinção é invisível e dividem a realidade social em dois universos, fazendo com que um existe enquanto presença e outro desaparece enquanto realidade. *“Inexistência significa não existir sob qualquer forma de ser relevante ou compreensível”* (Santos, 2010, p. 32). Assim, o que é produzido como inexistente é excluído do pensamento como outro, sendo a negação desses lugares e de outras formas de saberes.

O sociólogo português propõe uma mudança na lógica de produção de conhecimento ou uma epistemologia das ausências para mudar o pensamento na identificação dos objetos que foram excluídos. É necessário *“que se inclua realidades suprimidas, silenciadas ou marginalizadas, bem como realidades emergentes ou imaginadas”* (Santos, 2000, p. 247). Desse modo, estamos propondo um plano de pesquisa que subverta a ordem na produção, enfatizando

as presenças e as inovações que surgem nos territórios, com diferentes atores e perspectivas (Kadri; Schweickardt; Lima, 2017). Assim, é necessário praticarmos uma forma de conhecimento solidário, promovendo modos diferenciados de fazer ciência e promovendo a visibilidade à outras lógicas de saber e de ser.

Os estudos sobre a Amazônia em pesquisas no campo da saúde com frequência rotulam esse território como o lugar da incipiência, da inexistência ou do atraso. Isso porque ao comparar lugares com história e características tão distintas numa inventada hierarquia invisibiliza a realidade presente e própria do lugar, criando, portanto, ausências onde de fato existe muita presença e inovação (Kadri; Schweickardt; Lima, 2017). Pesquisar a população ribeirinha, por exemplo, não significa fazer uma comparação com uma população urbana, seja da Amazônia ou de qualquer outro espaço do país, mas entender esse lugar como espaço específico e único. Assim, pesquisar nesta perspectiva buscamos problematizar as hierarquizações do conhecimento que inferioriza o diferente, produzindo ausência, em um lugar onde há presença única, específica, logo incomparável.

O reconhecimento ou a visibilidade da história, ecossistemas, tradições e culturas do território cria as condições de possibilidade para a inovação de práticas tecnoassistenciais e a valorização de conhecimentos que promovem um outro diálogo entre a sociedade e a cultura. Como sugere Boaventura, precisamos de uma ecologia de saberes que compartilhem conhecimentos (também ignorâncias) nos e sobre os lugares, uma epistemologia que inclua as diferentes realidades (Santos, 2000, p.247). A ecologia dos saberes significa *“explorar a pluralidade interna da ciência, isto é, as práticas científicas alternativas que se têm tornado visíveis através das epistemologias feministas e pós-coloniais e, por outro lado, de promover a interação e a interdependência entre os saberes científicos e outros saberes, não científicos”* (Santos, 2010, p. 57).

Temos a presença de uma intertemporalidade na realidade social, que se constitui como um *“terreno mais ou menos sedimentado, um constructo geológico constituindo diferentes camadas, todas elas em ação ao mesmo tempo, mas não uniformemente, antes numa convergência momentânea de diferentes projeções temporais”* (Santos, 2000, p. 252). Portanto, a realidade social se constitui num encontro singular de diferentes tempos e falas, que se fazem em presença num determinado território de vida. Podemos dizer, com isso, que a Amazônia se constitui nessa presença de diferentes tempos, pois temos o tempo cronológico do capital, mas temos o tempo do pescador, tempo do agricultor, tempo das águas, tempo do mito, tempo dos encantados, tempo de deslocamento, tempo de deixar o tempo passar, tempos que o capital não controla porque obedece a outras lógicas.

Para falarmos de território, buscamos nos amparar na produção da geografia. Segundo Oliveira (2000, p. 129) *“o território se produz por meio de um processo coletivo baseado na prática social de um grupo por meio da relação com a natureza e da produção das relações sociais, o que vale dizer que toda prática socioespacial tem como resultado a produção de um território”*. Nesse sentido,

o território está associado a uma prática e a uma produção social coletiva, interagindo com a natureza.

Segundo Milton Santos (1996), a formação do território é algo externo ao próprio território, pois a história é um aspecto relevante para entendimento das noções de espaço, tempo, território. Os lugares passaram por diferentes jogos de poder e de construções de diferentes grupos ao longo do tempo, e por isso cabe o desafio de pensarmos de modo complexo os lugares e os territórios. Para Souza (2005), Milton Santos sugere que espaço geográfico seja assumido como sinônimo de território usado. Ele abriga todas as pessoas, instituições e organizações, sendo, portanto, lugar da ação dos seres humanos.

Importante também considerar que o território é ao mesmo tempo funcional, lugar onde exercemos nossas funções, e simbólico, como lugar de produção de significado (Haesbaert, 2005).

O uso do território se dá pela dinâmica dos lugares. O lugar é proposto por ele como sendo o espaço do acontecer solidário. Estas solidariedades definem usos e geram valores de múltiplas naturezas: culturais, antropológicos, econômicos, sociais, financeiros, para citar alguns. Mas as solidariedades pressupõem coexistências, logo pressupõem o espaço geográfico (Souza, 2005, p. 253).

Seguindo esse curso, chegamos ao *“território líquido”* que inicialmente utilizada como metáfora, conceito, categoria analítica para se referir a determinadas práticas que estávamos observando na área ribeirinha e fluvial da Amazônia. Iniciamos por pesquisar a dinâmica da atenção básica em municípios em que as águas geravam mudanças nos modos de fazer gestão e exigiam a construção de tecnologias que davam respostas ao fenômeno das águas (Schweickardt et al, 2016; Lima et al 2016, Kadri et al, 2017a). Navegamos pelas novas experiências de fazer saúde nos rios e lagos, mas também com a preocupação de construirmos uma categoria de análise que desse suporte teórico e produzisse sentido ao que estávamos observando da e na realidade líquida.

A ideia de território líquido, portanto, contempla tanto a identidade cultural e social da população ribeirinha como as características físicas naturais da região que está associada à várzea, mas que também se aplica à diferentes lugares da região amazônica. O *“líquido”* tem nos remete ao fluído, movimento, a algo que conecta as pessoas e a vida. Assim, entendemos que território líquido não se restringe ao lugar físico, mas carrega um conjunto relações simbólicas e culturais que se traduzem nos modos de vida e na memória da população. Notamos que para a população ribeirinha, as águas fazem parte das histórias e experiências da vida cotidiana, seja no trabalho, lazer e nos vários caminhos que se fazem ao percorrer o território.

O conceito de líquido se refere a uma realidade concreta, que trata de uma

prática social. Estamos tratando do líquido como uma realidade concreta e material, que une as pessoas, que conecta as realidades, que tem um tempo e mescla as histórias das pessoas com as histórias dos lugares. O ciclo das águas (enchente, cheia, vazante, seca) mexe com a vida da população, altera os fluxos e altera os caminhos.

A categoria de território líquido surge quando estávamos participando de uma pesquisa nacional sobre a prospecção de modelos tecnoassistenciais para a atenção básica, produções que estão sistematizados em dois livros Ceccim et al (2016a) e Ceccim et al (2016b). O grupo de pesquisadores do Amazonas escolheu três experiências para serem narradas que ajudariam na reflexão sobre a temática: *“O TERRITÓRIO QUE CORTA OS RIOS: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas”* (Kadri & Schweickardt, 2016), momento em que o município passava por constantes enchentes; *“PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE: experiências do movimento social e a construção da saúde indígena em Manaus”* (Miranda; Santos; Azevedo, 2016), que apresentava a proposta de inclusão dos indígenas na atenção básica no município de Manaus; *“SAÚDE SOBRE AS ÁGUAS: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial”* (Lima; Simões; Helfemann; Alves, 2016), relato da experiência da primeira UBSF implantada no município de Borba.

O primeiro livro teve como objetivo trazer uma reflexão de caráter mais teórico sobre a Atenção Básica, quando surgiu a discussão da importância de se falar no território na Amazônia. Assim, o texto *“TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: abordagem da Amazônia equidistante”* (Schweickardt; Lima; Simões; Freitas & Alves, 2016) trouxe a discussão sobre as características desse território na Amazônia, tomando como exemplo da várzea e os modos de vida da área ribeirinha. A categoria *“território líquido”* aparece, pela primeira vez, para discutir com os modos de vida e com as políticas públicas na Amazônia:

(...) é importante destacar que na Amazônia o território enquanto área sob determinada jurisdição só é possível ser pensado a partir das malhas e comunicações por meio dos rios, que por sua vez não são como estradas, mas secam ou enchem, seguem ritmos da natureza para além dos homens, que devem também se adaptar (Schweickardt et al, 2016, p. 116).

(...) o território é um condicionante importante para o sistema de saúde apropriado para a Amazônia. Os serviços de saúde são sempre pensados, pela política e pelos gestores, em termos de territórios fixos; mas, para responder às necessidades e os problemas de saúde na Amazônia, é necessária uma densidade e materialidade que é móvel, que segue o fluxo dos rios. Não podemos esquecer que as malhas e os caminhos são de águas e de pessoas, que se modificam com o ciclo das águas, entre a cheia e a seca, moldando o acesso móvel e os próprios profissionais de saúde nestes territórios (Schweickardt et al, 2016, p. 127).

A partir desse momento, a categoria ganhou o mundo, passou a ser utilizada por pesquisadores, alunos de mestrado e doutorado, por gestores e trabalhadores. No entanto, sempre entendemos que essa é uma categoria que ainda está em construção e que cada pesquisa e projeto coloca mais elementos teóricos e metodológicos para o debate sobre a aplicabilidade da categoria no universo amazônico. Em conversa com um gestor municipal sobre o território líquido, expressou que a categoria “faz sentido”. Falar de território líquido na Amazônia faz todo sentido, por isso pensamos que é uma noção que nos ajuda a refletir sobre os modos de vida, as políticas de saúde, as populações, a dinâmica e o pulso das águas, memória e a história dos movimentos no território.

Os estudos de mestrado e doutorado que foram adensando a discussão sobre território líquido foram sobre um Comunidade Flutuante no município de Iranduba (Portela, 2017); Equipe de Saúde Ribeirinha no município de Careiro Castanho (Pereira, 2018); Equipe de Saúde Fluvial no município de Borba (Santos, 2018); Saúde em área quilombola, no município de Barreirinha (Silva, 2019; Santos, 2020); Saúde e ambiente na região do médio Tapajós, município de Itaituba, PA (Maciel, 2019); os trabalhos na tríplice fronteira (Soares 2019; Neves, 2019). Mais recentemente, foram desenvolvidos os estudos no município de Tefé (Medeiros, 2020), Maués (Almeida, 2021), Parintins (Reis, 2021). Ainda temos trabalhos em desenvolvimento nos municípios de Boa Vista do Ramos, Tabatinga, Japurá e Manaus que certamente contribuirão com a construção da categoria. Por fim, entendemos que a elaboração de uma categoria traz consigo um plano de trabalho de um grupo de pesquisa, que nesse caso é materializado no LAHPSA e seus colaboradores em diferentes lugares.

O rio não é apenas um divisor-delimitador do espaço, como para a geografia física, e sim elemento que faz a conexão e a ligação entre pessoas, serviços, instituições. Os lugares são conectados por diversas redes vivas que dão sentido às existências, formando pontos de encontros. Os fluxos promovem os movimentos e a circulação de pessoas e de coisas entre os lugares. No território ribeirinho, as águas fazem parte da organização da vida e conecta os lugares e as pessoas, num permanente fluxo.

Nogueira, no estudo sobre os mapas mentais que os pilotos de barco, diz que os rios são “fonte de existência, de aprendizagem, de conhecimento sobre a natureza, sobre a vida das pessoas que ali circulam diariamente” (Nogueira, 2014, p.50). As águas mudam as paisagens, as árvores somem, as casas são alagadas e na seca aparecem no alto das palafitas, as propriedades são aumentadas pela seca e podem diminuídas pela enchente. As águas podem construir e destruir, conectar e isolar, cada nova seca e cheia representa um novo momento de aprendizagem. O pulso das águas orienta a vida dos agricultores familiares e é fundamental na manutenção dos ecossistemas tanto de terra firme quanto da várzea (Martins, 2016). Por fim, temos um território que está permanente movimento e em transformações, exigindo novos ajustes para a continuidade da vida.

A população ribeirinha usa estratégias para a construção da vida, adaptando as

moradias para períodos de cheia ou vazantes como uso de palafitas, marombas, aterros e mesmo flutuantes. O saneamento das residências permanece como um fator de vulnerabilização das condições de saúde dessas populações. Por isso, o modelo de cuidado adequado para populações ribeirinhas envolve o conhecimento sobre as características socioambientais. O desafio é tornar possível as políticas nacionais para os territórios e as realidades específicas.

Entendemos que a Amazônia se apresenta como cenário ideal para o pensamento e para a efetivação do princípio da equidade do SUS, como um espaço do exercício da inovação. O discurso de que tudo é diferente e marcado por “*distâncias geográficas*” que são barreiras a qualquer política, pode fazer da região um lugar exótico e de limitada possibilidade da presença do Estado. Por isso, o longe e o distante é muito mais um lugar onde políticas públicas não chegam do que espaço de isolamento geográfico. Para esse lugar é preciso, portanto, invenção e inovação.

Um convite à produção compartilhada: “Deixe o milagre da vida eclodir”

A pesquisa tem como proposta um convite à participação de todos os sujeitos envolvidos, de atuarmos como pesquisadores in mundo, como propõe Gomes & Merhy (2014, p. 136): “*emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo*”. Nesse mesmo sentido, adotamos a metodologia do encontro: “*Encontro é algo que altera os corpos, afetando-os, efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, que se constrói em ato (...)*” (Chagas, Tallemberg, Souza, Paz, 2014, p. 136). Assim, fomos nos afetando e nos construindo enquanto sujeitos, corpos que se encontram no lugar, formando novos territórios de aprendizagem e de saberes.

A abordagem participativa significa ter presente a negociação com os sujeitos de pesquisa, com o pressuposto de que todos produzem informações e, portanto, todos são autores desse conhecimento. Boaventura de Sousa Santos (2018) critica as pesquisas praticam o que denomina de “*extrativismo do conhecimento*”, isto é, quando pesquisadores fazem a coleta dos dados, os analisa e depois divulga sem envolver os sujeitos pesquisados e fazer a devolução dos resultados da pesquisa. Desse modo, propomos fazer um convite para o que denominamos de pesquisadores locais ou do local para participar da construção do conhecimento. O grupo de pesquisa ficou formado por trabalhadores, gestores, usuários, alunos e professores, formando um texto polifônico e múltiplo.

A realidade dos serviços, da gestão e das redes dos usuários ficam invisíveis nos resultados de pesquisa. Esses são saberes produzidos no cotidiano do trabalho, nos processos de gestão e nas redes vivas dos usuários. Por isso, buscamos problematizar essa realidade a partir da produção de textos que desencadearam reflexão sobre a prática. Descrever e analisar a prática significa coloca “*em parênteses*” o trabalho e a gestão do cuidado, gerando processo de aprendizagem.

Por fim, a participação implica numa aposta nos encontros e na construção de uma rede solidária de conhecimento.

Na perspectiva da pesquisa participativa, os resultados não estão no fim, mas no processo. As perguntas de pesquisa e os procedimentos na produção dos dados geram movimentos de mudanças e de reflexão sobre o trabalho. A pesquisa é também intervenção, pois pressupõe que os resultados se constituem nas idas e vindas com as informações, ou seja, informações que geram análises que produzem movimentos-interventivos. A intervenção pode ser uma mudança no fluxo, um processo de trabalho, um mapeamento do território. Enfim, o método é o encontro, como nos ensina Emerson Merhy (2016), e desse encontro tiramos as consequências para o fazer ciência em ato.

A equipe de pesquisa se deslocou para o município de Parintins. Antes disso, agendamos com os antigos parceiros de outras pesquisas e processos formativos e marcamos uma oficina para apresentação do projeto. O convite foi aberto para gestores, trabalhadores da Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Educação Permanente e Hospital. Foram convidados outros municípios para participar desse primeiro momento. A oficina foi realizada no auditório do Hospital Jofre Cohen e contou com a participação de profissionais de Parintins e Barreirinha, de onde veio o Secretário e a gestora da Unidade hospitalar. Nesse encontro foi feito o convite e todos aceitaram participar do projeto e assinaram o termo de pesquisador.

Desse encontro, elencamos algumas atividades que seriam desenvolvidas pela equipe. A estratégia é realizar oficinas tanto para a análise das informações do município, colocando o acesso e fluxo no debate, mas também outras escritas que surgem no caminho. Nesse primeiro encontro, realizamos uma oficina de escrita com o objetivo de auxiliar na produção científica.

Um dos encaminhamentos foi auxiliar no fluxo da informação sobre as internações hospitalares, para padronizar as análises dos encaminhamentos da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência. Do mesmo modo, buscamos identificar o perfil dos usuários que utilizam os serviços de transferência para Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Para analisar o fluxo da população ribeirinha aos serviços de saúde, combinamos envolver os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as equipes de saúde das áreas ribeirinhas para realizar os mapas do cuidado.

Combinamos destacar nos mapas os trajetos, as características do território e o fluxo das águas que interferem no acesso da população. Nas falas iniciais, todos dizem que há diferenças importantes do acesso na seca e na cheia, sendo que na seca há mais dificuldades de acessar as comunidades que ficam nas margens de igarapés e lagos. A ideia é que os mapas sociais registrem as estruturas de serviços; os pontos relevantes da geografia do lugar como “*furos*”, lagos, igarapés, paranás, rios; reservas florestais e terra indígena; limites com outros municípios e com o Estado do Pará; cuidadores populares como parteiras, curandeiros, rezadores, “*pegadores de osso*”; áreas de uso socioeconômico como roças e extrativismo.

Ainda combinamos que os registros dos caminhos percorridos pelas pessoas das comunidades teriam que tomar como referência a potência do motor utilizado, como a rabeta⁴, motor 15, 40, 90 HP, pois a potência do motor está diretamente relacionada ao tempo de deslocamento. O tempo de deslocamento até a sede do município é relevante quando se trata de casos de urgência e emergência. A proposta é que o tempo na relação com o espaço traga a perspectiva das pessoas que fazem gestão e uso do território.

Utilizamos, ainda, a metodologia participativa do *Photovoice* que tem como objetivo apresentar um determinado objeto através de imagens e narrativas. Definimos um protocolo para utilização do *Photovoice* e aplicamos na comunidade ribeirinha do Mocambo com a equipe de pesquisadores locais. A metodologia está mais desenvolvida num capítulo específico. A produção das imagens também se inclui na lógica da autoria coletiva e no modo de dar sentido ao território. Desse modo, pensamos que tanto os mapas como as fotos possam nos trazer não somente representações do território como também olhares, perspectivas, sentimentos e interpretações sobre os lugares de uso.

A participação pressupõe a realização de um diálogo intercultural que estão presentes em diferentes lugares de fala no território, alguns na gestão, outros na coordenação, no hospital, na área ribeirinha, na UBS Fluvial, na formação profissional e educacional, da instituição de pesquisa e os usuários que vivem no lugar. Desse modo, o diálogo intercultural se constitui no exercício de buscar relações mais simétricas e de inclusão das diferentes perspectivas. O desafio é valorizar todos os lugares de fala como sendo produtores de verdade e constituintes de saber.

“Quando as águas beijam a ponte, é tempo de passar o gado, passar o gado”: seguindo com os caminhos da produção do conhecimento

O texto buscou apresentar os diferentes pontos de partida de diferentes lugares e perspectivas, como as águas que “beijam a ponte”, pois é tempo de “passar o gado” para buscar novos espaços para a continuidade da vida. Os fluxos e os caminhos no território líquido marcam a vida da população e suas práticas na área ribeirinha. Assim, entendemos que o pensamento e a reflexão fazem parte da prática, nos ajudam a ajustar nossos olhares para realizar uma boa política com equidade para todas as pessoas em todos os lugares.

As escritas são diversas e por isso mesmo trazem a possibilidade da inovação e da invenção dos modos de produzir conhecimento. Essa é uma aposta política, isso mesmo, uma ciência que se faz com uma opção de aprendizado com as pessoas, com o território, com as pessoas, numa clara opção pela defesa da diversidade e

4 - Rabeta é uma embarcação de motor de 5.5 hp que possibilita a entrada em lugares difíceis, sendo o meio de transporte mais utilizado na região amazônica.

da vida. Nesse sentido, temos uma opção pela melhoria das condições de vida e de saúde da população que vive nessa relação com as águas, florestas, fazendo uso dos serviços de saúde e das práticas tradicionais: *“No murmúrio da noite é preciso se benzer nesse beiradão tem visagem e bicho encantado no perau⁵ do rio”*.

Tentamos mostrar que a escrita também faz parte do processo de educação permanente em saúde, quando construímos os inéditos viáveis a partir de encontros oportunos.

Referências

Almeida, V.F. (2021). **Fluxos da população ribeirinha no acesso aos serviços de urgência e emergência: um estudo de caso no município de Maués, AM**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Amazonas. (2017). Prefeitura Municipal de Parintins. Secretaria Municipal de Saúde. Lei n. 678/2017. **Plano Municipal de Saúde**, vigência 2018-2021.

Brasil. (2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. **Estados e Município, população estimada**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/parintins/panorama>.

Chagas, S.C.C; Tallemborg, M.C.S.; Paz, E.F. (2014). As diversas formas de experimentação da crise no encontro entre trabalhadores e usuário na produção do cuidado em um CAPS no Estado do Rio de Janeiro. In: Gomes, M.P.C; Merhy, E. (Orgs). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida.

Dussel, E. (2016). Transmodernidade e interculturalidade: interpretação a partir da filosofia da libertação. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1.

Dussel, E. (2010). Meditações anticartesianas sobre a origem do antidiscurso filosófico da modernidade. In: Santos, B.S.; Meneses, M.P. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez.

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

Ferla, A.A.; Schweickardt, K.H.S. C.; Noal, D.G.; Schweickardt, J.C. (2019). **Atenção Básica e formação de profissional de saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Rede Unida.

5 - Perau declive rápido do fundo do mar ou de um rio, junto à costa ou à margem.

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

Gomes, M.P.C; Merhy, E. (Orgs). (2014). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida.

Grosfoguel, R. (2016). A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistemológico e os quadros genocidas/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, v. 31, n.1.

Grosfoguel, R. (2010). Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: Santos, B.S.; Meneses, M.P. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez.

Heufemann, N.E; Schweickardt, J.C; Lima, R.R.S; Farias, L.N; Moraes, T.L.M. (2016). A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o 'longe muito longe' transformado pelas Redes Vivas. In: MERHY, E; et al. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Kadri, M.A.R & Schweickardt, J.C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica nomunicípio de Barreirinha, Estado do Amazonas. In: Ceccim, R.B; Kreutz, J.A.; Campos, J.D.P.; Culau, F.S.; Wottrich, L.A.F.; Kessler, L.L. **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde)**. v. 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Kadri, M.A.R et al. (2017). The Igarçu fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. **International Journal Nursery and Midwifery**, 9:41-45.

Maciel, F.B. (2018). **Encontros no lugar e o lugar dos encontros: eventualidades no ambiente e saúde com a política de desenvolvimento regional no Médio Tapajós (PA)**. [Tese de Doutorado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia – PPGCASA/UFAM.

Martins, A.L.U. (2016). **Conservação da Agrobiodiversidade: saberes e estratégias da Agricultura Familiar na Amazônia**. 215 f. Tese [Doutorado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia]. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

Medeiros, J.S. (2020). **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]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Merhy, E.E. (2002). **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E; Gomes, M.P.C; Silva, E; Santos, M.F.L; Cruz, K.T & Franco, T.B. (2016). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Emerson Elias Merhy [et. al.]. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído na rede**. Rio de Janeiro: Hexis.

Miranda, V; Santos, F.V. & Azevedo, P. (2016). Participação social e saúde: experiências do movimento social e a construção da saúde indígena em Manaus. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (Orgs.). **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Neves, M.S.M. (2019). **Redes vivas em região de fronteira: usos e percursos da saúde materna na Amazônia**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Nogueira, A.R.B. (2014). **Percepção e representação gráfica: a “Geograficidade” nos mapas mentais dos comandantes de embarcações no Amazonas**. Manaus: Edua.

Pereira, F. R; Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S. & Schweickardt, K.H.S.C. (2019). 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. **Atenção Básica na região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida.

Pereira, F.R. (2018). **A micropolítica do trabalho e do cuidado no território da Amazônia: equipe de saúde da família ribeirinha - eSFR**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Pereira, O.J. (2003). Restinga: origem, estrutura e diversidade. In: Jardim, M.A.G., Bastos, N.N.C., Santos, J.U.M. (ed.). **Desafios da Botânica Brasileira no Novo Milênio: Inventário, Sistematização e Conservação da Diversidade Vegetal**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi. pp 177-179.

Portela, A. P. C. (2017). **O território e as redes vivas de saúde em uma comunidade flutuante no amazonas**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Pimentel, R.M.S; Soares, E.P; Costa, I.S; Schweickardt, J.C. (2013). A Educação

Permanente como estratégia para o fortalecimento do controle de casos de tuberculose no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Parintins. **Projeto de Intervenção submetido para o Curso de Especialização de Educação Permanente em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde.** Instituto Leônidas e Maria Deane. Fiocruz Amazônia.

Reis, A.R.S. (2021). **Acesso e fluxos da população ribeirinha aos serviços de saúde no município de Parintins-AM: uma abordagem participativa.** [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Ribeiro, D. (2017). **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento; Justificando.

Santos, B. S. (2018). **Na oficina do Sociólogo Artesão: aulas 2011-2016.** São Paulo: Cortez.

Santos, B. S. (2000). **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez.

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

Santos, B. S. (2010). Para além do pensamento abissal: linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos, B.S.; Meneses, M.P. **Epistemologias do Sul.** São Paulo: Cortez.

Santos, B.S. (2018). **Micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado na UBS fluvial de Borba-AM.** [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

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.**

Santos, M. (1988). **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec.

Santos, M. (1996). **Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico informacional.** 2 ed. São Paulo: Hucitec.

Schweickardt, J.C.; Lima, R.T.S; Simões, A.L.; Freitas, C. M.; Alves, V.P. (2016). Território na atenção básica: Abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B. et al. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede.** Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C.; Martins, F.M; Schweickardt, K.H.S.C. (2017). Epistemologia do cuidado pelo viés do tradicional: Saberes de parteiras e rezadores. In:

Schweickardt, J.C.; Ferla, A. A.; Renan, E.; Guimaraes, C. **Divulgação Científica em Saúde e Ambiente na Amazônia**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

Schweickardt, J.C.; Kadri, M.R.; J.C; Lima. (2019). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida.

Silva, J.M.B.F. (2019). **Território e redes vivas de saúde numa Amazônia quilombola**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia - PPGCASA/UFAM.

Souza, M. J. L. (2000). O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro, Iná Elias de; Gomes, Paulo Cesar C.; Corrêa, Roberto Lobato (orgs). **Geografia: Conceitos e Temas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Souza, M.A.A. (2005). Apresentação. In: Santos, M. **O retorno ao território**. OSAL: Observatório Social de América Latina. v. 6, n. 16 . Buenos Aires: CLACSO.

SESAI. (2015). **Distrito de Saúde Especial Indígena. Plano Estratégico das Ações de Saúde das CASAI de Maués, Nhamundá e Parintins**. Parintins.

Os territórios na produção da saúde: mapeando lugares e fluxos

03

*Elaine Pires Soares
Arlindo Pires Machado
Solane Pinto de Souza
Luene Silva Costa Fernandes
Reidevandro Machado da Silva Pimentel
Luiz Carlos Castro Rocoda*

Introdução

Nesse artigo apresentamos a construção de uma forma de produzir conhecimento, no campo da saúde, que opera sobre a perspectiva do olhar voltado aos “modos” de se fazer saúde nos territórios na Amazonia. O objetivo é caracterizar o território ribeirinho, os serviços de saúde e transportes disponíveis respondendo aos seguintes questionamentos da pesquisa: como a população ribeirinha/comunidades está distribuída no território? Como estão distribuídos os equipamentos de saúde? (Unidades de saúde, meios de transporte, serviços ofertados)? Como a população acessa o serviço de saúde e redes de urgência e emergência? Qual o tipo de transporte utiliza para acessar os serviços de saúde e tempo de deslocamento, considerando as cheias e secas dos rios?

A metodologia da pesquisa tem sido pautada por uma abordagem participativa, isto é, os trabalhadores e gestores são convidados a se constituírem enquanto autores e produtores desse conhecimento. Essa abordagem participativa construiu-se no primeiro momento com a Oficina para apresentação do Projeto PPSUS: O acesso da população ribeirinha a Rede de Urgência e Emergência realizada em fevereiro de 2019, em Manaus. Daí o ponto de partida, desdobrou-se na Oficina de Planejamento que foi realizada no município de Parintins, Região do Baixo Amazonas, em março de 2019. Momento em que de fato os trabalhadores, gestores, usuários aderiram à pesquisa. A partir da pactuação, os pesquisadores saíram a campo, o território ribeirinho. E para obter as informações e realizar o georreferenciamento das comunidades, tais pesquisadores utilizaram como estratégia o deslocamento com a equipe da Campanha de Multivacinação municipal realizada pela Secretaria de Saúde. Na primeira etapa da Campanha foi utilizado como meio de transporte carro, na segunda etapa barco e na terceira etapa lancha.

Nesta pesquisa, foi utilizado a cartografia proposta por Deleuze e Guattari (1995), que visa acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos que

se tornam visíveis, ponderá-los, ir além, atrás de novos encontros, pensar sobre eles, sentir as suas afecções e ir caminhando e produzindo pensamento atrás de sentidos para o cartógrafo. Durante as viagens a observação direta, o diário de campo, fotos, gravações, foram utilizadas, visando a produção de conhecimento sobre a realidade vivida, as afecções e afetações existentes. O diário de campo permitiu registrar anotações, lugares, observações, coordenadas e sentimentos. Bertussi (2016) enfatiza que o diário permite a análise das implicações, permite reconstruir, por meio das memórias dos afetos, as lembranças do outro, dos lugares percorridos, dos encontros conturbados com muitas vozes, reafirmando as relações de implicação produzidas no momento da pesquisa.

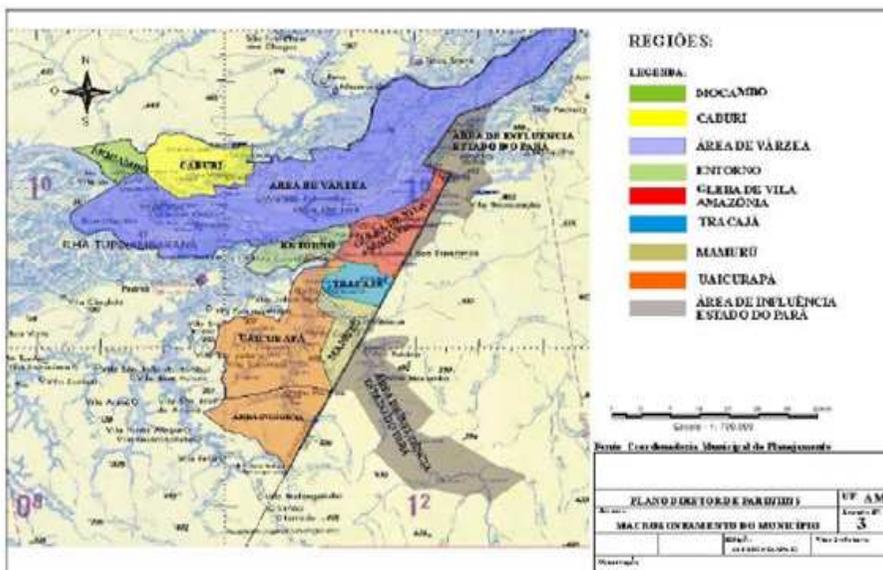
Cartografia dos fluxos....

A cartografia é um caminho metodológico que compreende o envolvimento do sujeito na realidade que pesquisa e intervém. As questões da subjetividade estão presentes na produção de conhecimento, pois é nele que se constrói o sujeito e o processo de individualização. Intervir é fazer esse mergulho no plano implicacional, na realidade concreta dos sujeitos. Desse modo toda intervenção é um ato de construção dos sujeitos, sendo, portanto, uma ação política (Passos & Barros, 2010). Mapear estes processos foi importante para a compreensão da noção de territorialidade, identidade social e práticas de cuidado no que diz respeito à saúde, em especial referente ao uso dos recursos formais disponíveis nos sistemas públicos de saúde para a população ribeirinha.

O território ribeirinho

Atualmente o município de Parintins possui 115 (cento e quinze) comunidades rurais, distribuídas ao longo do rio Amazonas, em áreas de várzea e terra-firme, localizadas próximas e distantes da área urbana (Figura 01); muitas delas surgiram com a chegada dos padres do Pontifício Instituto Missões Evangelizadoras (PIME), que vão oficializar, ou seja, denominar as pequenas povoações de comunidade, onde tudo está centralizado no santo padroeiro do lugar. Antes, este santo, pertencia a um rezador; este saía de casa em casa, de canoa, recebendo donativos para o dia da festa do santo. Com a chegada dos padres essa prática é encerrada porque estes constroem a capela (templo religioso), fixando o santo no lugar e assim as pessoas no quadro da comunidade (Souza, 2006), porém nem todas têm a mesma origem na sua formação, sendo que apresentam heterogeneidade em seu processo de criação. Mas pode-se observar que a presença da Igreja Católica ainda é muito forte no seu processo de fundação, que resulta o nome da maioria delas está relacionado ao nome de algum santo.

É neste contexto, que foram criadas as comunidades de São João (Agrovila de Mocambo), São Sebastião (Agrovila de Caburi) e Santa Maria (Vila Amazônia) e as demais regiões foram reorganizadas de acordo com o macrozoneamento do Plano Diretor 2006 (Silva, 2009).

Figura 02. Macrozoneamento do Município de Parintins, Plano Diretor, 2006.

Fonte: Lei Municipal N° 09/2006.

Distrito do Mocambo e região...

Mocambo significa ajuntamento de choças na floresta em que se refugiavam os escravos, quilombos (Monteiro, 2003). Dizem os mais antigos que em 1835, época que rebentou no estado do Pará a Revolução dos Cabanos, já existiam habitações nessa região que ficou conhecida por Mocambo, porque os moradores costumavam se esconder nas matas, junto com os índios em suas malocas, fugindo dos revolucionários Cabanos, pois estes nessa época andavam por essa região de igarité e segundo depoimentos dos antigos moradores usavam de violência e brutalidade (Silva, 2009).

O Distrito de Mocambo do Arari (agrovila) localizado à margem esquerda do extenso rio Amazonas à 60 km do Município de Parintins (AM), é composto de 770 imóveis e dispõe de alguns serviços públicos básicos como ruas asfaltadas, energia elétrica vinte e quatro horas, água encanada, um posto de combustível, uma usina termoelétrica em funcionamento e outra em construção que servirá de base para a extensão da linha de transmissão Oriximiná - Cariri (Linhão de Tucuruí), serviço de telefonia fixa, internet wifi, um posto de saúde, um posto policial, uma unidade dos correios, um banco postal, quatro pousadas, trinta comércios varejistas e equipamentos sociais, duas escolas, uma creche, duas igrejas católicas, duas igrejas evangélicas e um centro formação de Mãos Dadas. Tem como principal atividade econômica, o funcionalismo público, comércio, agricultura de subsistência com plantio de culturas anuais, pesca e pecuária de subsistência (Semsas, 2018).

De acordo com IBGE (2010), o Distrito do Mocambo e região possui uma população de 10 mil habitantes, sendo a região composta geograficamente por: Agrovila de São João Batista, Comunidade de N. Senhora de Lourdes (bairro), São Tomé, Santo Antônio, São Pedro, Lago do Remanso, Vila Remanso, Lago do Marajá, Marajá, Núcleo Neotestamentario, Núcleo Nossa Senhora Aparecida, Lago das Piranhas, Fazenda Demanda e Costa do Arari.

Figura 03. Distrito Agrovila Mocambo, 2019.



Fonte: Google Earth, 07/01/2020.

O Distrito do Mocambo localizado a 90 Km e a três horas de barco (114HP) da sede do município de Parintins tem como principal acesso via fluvial rio Amazonas, lago do Remanso e lago do Mocambo do Arari e terrestre através da estrada que interliga Mocambo-Caburi. O fluxo da população ocorre para Parintins (sede do município), Manaus, Uruará, São Sebastião do Uatumã e Caburi (Semsa, 2018).

Nesta região ocorre no mês de junho a festa do padroeiro São João e no mês de julho o Festival Folclórico do Mocambo, considerada a maior festa da zona rural de Parintins tem como protagonistas os Bois Espalha Emoção e Touro Branco, além das quadrilhas Pet na Roça e De Mãos Dadas no Arraiá, e os pássaros Pavão Misterioso e Jaçanã. O crescimento da programação tem chamado a atenção dos moradores de Parintins, das comunidades rurais e municípios de Nhamundá, Uruará, Boa Vista do Ramos e Barreirinha. Visitantes de Manaus marcam presença todos os anos na festa (Semsa, 2019).

Segundo dados da Secretaria de Cultura e Turismo da Prefeitura de Parintins, em 2018 aproximadamente 10 mil turistas participaram do Festival do Mocambo, motivado pela grande divulgação e pela estrutura proporcionada aos brincantes

e expectadores. Além das danças, lendas, rituais e musicalidade do Festival do Mocambo, a arena das apresentações chama atenção. Inaugurado em 2014, o Mocambódromo impressiona, pois, possui estrutura metálica e conta com arquibancadas cobertas, camarotes e banheiros coletivos (SECTUR, 2018).

Distrito do Caburi e região...

Relata os moradores mais antigos que a descoberta do lago do Caburi deu-se em 1905 por uma portuguesa chamada de Dona Caranã. Ela e seu marido Diogo buscavam terras férteis para a agricultura e com muito trabalho braçal, com o uso de terçados conseguiram encontrar o lago do Caburi, no fim do igarapé, local totalmente desabitado, cheio de beleza e riquezas naturais. No período compreendido de 1905 a 1925, a região do Caburi não era muito habitada, mas depois que dona Caranã abriu o caminho com punho de ferro, muitos chegaram para desfrutar da abundância que o lago tinha (Silva, 2009).

No ano de 1926 sobreveio um grande surto de malária no local, quando muitas pessoas morreram, visto que na época a doença não tinha cura. Sendo assim, essa epidemia dizimou parte da população do local fazendo com que as famílias abandonassem o lugar, deixando para trás casas e dezenas de sepulturas e beira do lago. Aproximadamente 30 famílias que tinha na época, restaram apenas 19 em todo o lago. Com o passar dos anos, a população da região foi aumentando de novo, todavia, uma nova onda da epidemia se abateu neste lugar, e foi aí que a senhora chamada Rosa Carapaní fez uma promessa com São Sebastião para que acabasse com aquela peste e parasse a mortandade de gente na localidade (Silva, 2009).

Figura 04. Distrito Agrovila Caburi.



Fonte: Google Earth, 07/01/2020.

Silva (2009) relata ainda que ela mandaria confeccionar uma imagem do santo e rezaria a “ladainha” para o mesmo todos os anos. Suas preces foram atendidas e a doença foi parando na localidade e em 1939, Dona Rosa Carapaní mandou confeccionar a imagem de São Sebastião, em Faro (Estado do Pará) e a partir de 1940 o santo começou a ser festejado, com dança, ladainha e almoço para o povo. Em 1960, o santo passa a ser festejado de modo diferente, com celebração de novenas, reza de terço, festejo de arraial e outras atividades, pois o santo passa a ser padroeiro da Congregação Mariana, movimento religioso que se estabeleceu no lugar. Esse movimento foi instituído primeiro na cidade de Parintins espalhando-se por quase todas as direções do município principalmente pelo interior. Desta forma, muitos lugarejos que festejavam algum santo como “promeceiro” acabavam tornando-se sedes de Congregações Marianas criadas pela diocese de Parintins, e foi assim que surgiu a comunidade de São Sebastião do Caburi (Rodrigues, 1993), que mais tarde veio a tornar-se Agrovila de São Sebastião do Caburi. Caburi termo indígena que define uma espécie de caranguejo (HOUASSI, 2020).

A agrovila Caburi que pertence ao distrito de Mocambo, está localizada a margem esquerda do extenso rio Amazonas à 55 km do Município de Parintins Am, é composto de 820 imóveis, há predominância de casas de alvenaria, dispõe também de alguns serviços públicos básicos como ruas asfaltadas, energia elétrica vinte e quatro horas, água encanada, dois postos de combustível, uma usina termoelétrica em funcionamento, serviço de telefonia fixa, internet *wifi*, um posto de saúde, um posto policial, uma unidade dos correios, um banco postal, um hotel e três pousadas, quarenta e cinco comércios varejistas, um matadouro municipal e equipamentos sociais, duas escolas, uma creche, uma igreja católica e três igrejas evangélicas. A atividade econômica está voltada ao funcionalismo público, comércio, agricultura de subsistência com plantio de culturas anuais, pesca e pecuária de subsistência (Semsa, 2018).

De acordo com IBGE (2010), a Agrovila do Caburi e região possui uma população de 11.300 mil habitantes, sendo a região composta geograficamente por: Agrovila de São Sebastião, Santa Terezinha, Palhau, Vila Nogueira, Lago do Caburi, Monte Sinai Esperança, Panauaru, Matipucu, Tigre, Paraná de Faro, Paraná do Cumprido, Santa Maria, Lago do Mato Grosso, Lago do Buiucú I, Lago do Buiucú II, Lago do Veado, Lago do São Francisco, Igarapé do Caraipe. O Distrito do Caburi localizado a três horas de barco da sede do município de Parintins no período da enchente e cinco horas no período da seca tem como principal acesso via fluvial rio Amazonas, paraná do Cumprido e o lago do Caburi e terrestre através da estrada que interliga Caburi-Monte Sinai e Caburi-Mocambo. O fluxo da população ocorre para Parintins (sede do município), Manaus, Nhamundá, Faro, Terra Santa e Mocambo (Semsa, 2018).

No que tange aos serviços de saúde a Unidade Básica de Saúde Denizal Pereira é a referência para esta região. Possui uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, quatorze agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares administrativos e um motorista da ambulância (Semsa, 2019).

Nesta UBS em alguns casos também ocorre atendimento de urgência e/ou emergência in loco (parto natural, atendimento acidente animais peçonhentos, suturas, retirada de pontos, estabilização do paciente para posterior remoção). Quando ocorre a necessidade de remoção de pacientes graves, o transporte se dá através de lancha 90HP com duração de uma hora e meia no período da enchente e três horas no período da seca. Existe também uma Unidade Notificante/Laboratorial para diagnóstico e tratamento de malária com dois agentes de endemias (microscopista) realizando as atividades no controle da malária nesta região (Semsa, 2018).

Dentre os principais agravos notificados no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) em 2019: acidente animais peçonhentos (17), atendimento anti rábico (5), sífilis congênita (2), sífilisngestante (2), leishmaniose (1), ISTs (3), violência autoprovocada (1).

Região de Várzea do Rio Amazonas

Os rios da Amazônia estão sujeitos a um período de enchente, momento no qual a água transborda dos seus leitos e invade as áreas marginais, inundando-as em diferentes graus de intensidade. As áreas marginais inundadas periodicamente pelas águas de rios, lagos, igarapés, paranás e furos é que iremos denominar de terreno de várzea. A várzea é um fenômeno natural que sofre influência de fatores hidrográficos, climáticos, edáficos e florísticos (Benatti, 2011).

Devido a esses fatores e à variável de tempo de permanência da inundação em cada área, têm-se características ecológicas e de uso dos recursos naturais distintas para cada região da Amazônia; por isso, é considerada como planície de inundação, formada por faixa de largura variável ao longo do Rio Amazonas, e pode alcançar 16 km de largura em Itacoatiara, 50 km em Parintins, 33 km em Óbidos e 24 km em Santarém (Benatti apud Moreira, 1977).

Topograficamente, a várzea pode ser dividida em baixa e alta. No primeiro caso, as terras são inunda-das durante parte do ano, com vegetação ora campestre ora florestal. No segundo caso, trata-se de área da planície mais alta, alagada no período final das enchentes, formada por vegetação de porte arbóreo (Benatti, 2011). A margem esquerda, direita e Ilhas centrais do rio Amazonas compõem a Várzea de Parintins.

Margem Esquerda do rio Amazonas

Essa região tem em sua composição 20 localidades: Paraná do Limão, Lago do Poção, Igarapé Saracurinha, Igarapé do Macaco, Igarapé do Jacaré, Vila Nova, Santo Antonio, Costa do Mucura, Fazendinha, Xibui, Costa da Aguaia, Saracura, Lago do Saracura, Araçatuba, Costa do Juquiri, Costa do Canudo, Bom Futuro, Borralho, Comprido, Recreio do Arari, São Francisco II, totalizando 1.085 habitantes (Semsa, 2018).

Margem Direita do rio Amazonas

Essa região é constituída por 16 localidades: Moura, Vila Bentes, Boto, Igarapé do Boto, Paraná do Espírito Santo, Ilha do Espírito Santo, Lago da Ilha, Igarapé do Massauari, Fazenda Santo Agostinho, Itaboraí, Lago do Itaboraí, Fazenda Bom Remédio, Fazenda Santo Antônio, São Raimundo, Lago do Mato Grosso, Paraná de Parintins, totalizando 2.910 habitantes (Semsa, 2018).

Ilhas da Várzea

Região localizada centralmente entre as margens direita e esquerda do rio Amazonas, composta por sete localidades: Ilha das guaribas, Ilha das Onças, Ilha do Arco, Ilha do Arquinho, Ilha do Marinho, Ilha do Esteves, Lago São João, totalizando 1.410 habitantes (Semsa, 2018).

As habitações destas comunidades são em grande maioria de madeira, palha e taipa. Não possui abastecimento de água e nem energia elétrica. Existem igrejas e escolas nas localidades com maior número de habitantes. As localidades deste aglomerado não possuem coleta de sendo o lixo orgânico depositado no solo e o inorgânico queimado. A principal atividade econômica é a agricultura e pesca de subsistência. Tem como principal acesso o rio Amazonas. O fluxo da população ocorre para Parintins, Manaus, e outras localidades circunvizinhas (Semsa, 2018).

Quanto a estrutura de saúde, estas localidades contam com a presença do Agente Comunitário de Saúde e a partir de novembro de 2019 estas localidades começaram a ser atendidas pela equipe da Unidade Básica Fluvial. E a Unidade Básica de Saúde de referência no município para atendimentos dos pacientes oriundos desta região é o Centro de Saúde Waldir Viana (Semsa, 2019).

Principais agravos notificados no SINAN 2019: acidente animais peçonhentos (29), ISTs (13), meningite (2), sífilis adulto (1), atendimento anti rabico (1), leptospirose (1), violencia autoprovocada (1), tuberculose (1).

Vila Amazônia (Gleba) e região...

A Vila Amazônia tem uma história rica e complexa, a sua área já foi ocupada por diversos agentes, que transformaram significativamente seu espaço, principalmente com a chegada dos imigrantes japoneses em 1930, para fazer dela sua colônia e explorando seu potencial agrícola, principalmente o cultivo da juta (Silva, 2009).

Silva (2009) ressalta que os japoneses não só plantavam como também criavam gado na região, suas roças ficavam na colônia agrícola, afastadas da sede onde ficavam suas casas. Plantavam castanha, guaraná, melancia, arroz, pimenta-do-reino e a juta. Os imigrantes japoneses foram responsáveis pela primeira reorganização do espaço em Vila Amazônia e nela deixaram as suas marcas. O projeto deles era organizar Vila Amazônia para receber 10.000 famílias japonesas.

Hoje, quase não se encontra nada que lembre essa época, tudo se acabou ou o que ficou foram apenas algumas ruínas, porém os moradores mais antigos, que conviveram com os japoneses, ainda têm muitas lembranças dessa época, que para alguns foi um período de prosperidade na vila, “[...] nesse período, a Vila Amazônia apresentava um núcleo urbanizado, com indústria de beneficiamento de arroz e juta, hospital, realmente assemelhando-se a uma pequena cidade” (Teixeira, 1997).

Depois dos japoneses houve outra fase importante na reestruturação do espaço em Vila Amazônia. Foi a administração de J.G. de Araújo (1945), que também deixou marcas na vila, algumas casas foram construídas em estilo português, e até hoje existe a casa do próprio J.G de Araújo, que conforme relatos dos próprios moradores era uma casa que parecia ser de “outro mundo”, possuía piscina, sala de cinema, banheiros internos, jardim e outras características totalmente diferente das casas do campo daquela época, uma casa nos moldes da cidade (Silva, 2009). Houve outros processos de ocupação em Vila Amazônia, até se tornar área de assentamento do INCRA em 1988, porém não tanto significativos como a ocupação nipônica em 1930. Atualmente fazem parte do Projeto de Assentamento chamado Gleba de Vila Amazônia: comunidades da região do Zé Açú, da Valeria e da Vila Amazônia (Plano Diretor Municipal, 2006).

A região do Zé Açú é composta por treze comunidades: Brasil Roça, Papel Amazon, Santa Fé, Boa Esperança, Paraíso, Zé Miri, Lago Zé Açú, Máximo, Bom Socorro, Nossa Senhora de Nazaré, Nossa Senhora das Graças e Cabeceira do Bicho (Semsa, 2018).

De acordo com IBGE (2010) possui uma população de 3.162 habitantes e é composta por 517 imóveis. A Vila de Bom Socorro e o Lago do Zé Açú constituem 55% do contingente populacional (1.710 habitantes) e 53,64% de imóveis (272). Esses imóveis em sua maioria são de madeira, palha e taipa. Os imóveis de alvenaria têm sua concentração na Vila Bom Socorro. Na Vila existe também alguns serviços públicos básicos como ruas asfaltadas, energia elétrica vinte e quatro horas do projeto do Governo Federal Luz para Todos, água encanada, serviço de telefonia fixa, internet wifi, um posto de saúde, um posto policial, vinte comércios varejistas, e equipamentos sociais, uma escola, uma igreja católica e duas igrejas evangélicas (Semsa, 2018).

A atividade econômica está voltada ao funcionalismo público, comércio, agricultura com escoamento da produção para as feiras municipais, plantio de culturas anuais, pesca e pecuária de subsistência. A Vila de Bom Socorro, localizada a uma hora e vinte minutos de barco da sede do município de Parintins no período da enchente e duas horas e meia no período da seca tem como principal acesso via fluvial rio Amazonas, paraná do Ramos e o lago do Zé Açú e terrestre através da estrada que interliga Zé Açú - Vila Amazônia. O fluxo da população ocorre para Parintins (sede do município), Vila Amazônia e Juruti (Pará) (Semsa, 2018).

Quanto à estrutura de saúde, a Unidade Básica de Saúde Maria do Carmo é a

referência para esta região. Possui uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares administrativos e um motorista da ambulância (Semsa, 2019). A equipe de saúde bucal realiza atendimento odontológico na UBS duas vezes na semana e a equipe do NASF se desloca para a localidade diariamente para realização das ações.

Nesta UBS em alguns também ocorre atendimento de urgência e/ou emergência in loco (parto natural, atendimento acidente animais peçonhentos, suturas, ferimento por arma de fogo e arma branca, retirada de pontos, estabilização do paciente para posterior remoção). Quando ocorre a necessidade de remoção de pacientes graves, o transporte se dá através de lancha 90HP com duração meia hora no período da enchente e uma hora no período da seca (Semsa, 2018). Dentre os principais agravos notificados no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) em 2019: acidente animais peçonhentos (7), atendimento antirrábico (3), ISTs(3), tuberculose (2).

A região da Valéria é composta por dezenove comunidades: São Paulo, Miritizal Seco, Fazenda Serra, Fazenda Santa Julia, Fazenda São Joaquim, Lago da Valéria, Betel, Bete Semes, Sá Maria, Lago do Morituba, Sabina, São Francisco IV, Vila Rodrigues, Nova Vida, Lago do Barro, Restauração, São Francisco V, Santa Ana e Parintinzinho. Possui uma população de 2.335 habitantes (IBGE, 2010) e 534 imóveis, na sua maioria de madeira, palha e taipa. Na Valeria existe energia elétrica vinte e quatro horas, do projeto do Governo Federal Luz para Todos, água encanada, quatro comércios varejistas, e equipamentos sociais, uma escola, uma igreja católica e duas igrejas evangélicas. A atividade econômica está voltada a agricultura com escoamento da produção para as feiras municipais, plantio de culturas anuais, pesca e pecuária de subsistência. A Valeria, localizada a duas horas de barco da sede do município de Parintins no período da enchente e três horas e meia no período da seca tem como principal acesso via fluvial rio Amazonas, e terrestre através da estrada que interliga Valeria-Vila Amazônia-Zé Açú. O fluxo da população ocorre para Parintins, Zé Açú, Vila Amazônia e Juruti (Pará) (Semsa, 2018).

Quanto à estrutura de saúde, não possui Unidade Básica de Saúde, sendo esta região contemplada pelo atendimento da Unida Basica Fluvial Ligia Loyola, equipe de vacinação humana e antirrábica (Semsa, 2019). Em 2019 foram notificados no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) os seguintes agravos: atendimento antirrábico (2), acidente animais peçonhentos (4), leishmaniose (2), Sífilis em gestante (1), violência autoprovoçada (3), AIDS(1) ISTs (1), intoxicação exógena (1), tuberculose (1).

Vila Amazônia

Há poucos registros sobre Vila Amazônia antes de 1930, quando da chegada dos imigrantes japoneses nesta área a mesma se chamava Vila Batista. Em 1930 este

local foi escolhido por Tukasa Uetsuka⁶ para área de assentamento da colônia japonesa em Parintins e a fundação do Instituto Amazônia (Silva, 2009).

Oliveira (1983) relata que num local próximo a Parintins, em Vila Batista (Vila Amazônia), Tukasa Uetsuka instalou, com os pesquisadores que trouxera, o Instituto Amazônia, de pesquisa e estudo, que promoveu o conhecimento da hidrologia do rio Amazonas e experiências diversas de cultura tropical. Enquanto os membros e técnicos da expedição que trouxeram ali ficavam, Uetsuka voltou ao Japão e, em um colégio sob sua direção, dedicou-se a treinar jovens que deveriam vir para a Amazônia, o que acabou ocorrendo em 1931, quando chegaram a Vila Amazônia 47 estudantes que tinham sido preparados em seu colégio. E, em 1932, outros 60 jovens dirigiram-se para a Vila.

Silva (2009) relata que por conta disso a floresta “*virgem*” começou a ceder espaço para instalações de vários tipos industriais: serrarias, usinas de beneficiamento de pau-rosa, olaria, fábrica de mosaico, beneficiamento de arroz em larga escala, fábrica de farinha totalmente mecanizada e um engenho para a fabricação de aguardente e mel de cana.

Com ajuda da comunidade local, Rijiro Masunaga que acompanhava Uetsuka, iniciou a construção da sede produtiva providenciando também as seguintes edificações: Estação Experimental, Posto Meteorológico, Hospital, Escola. O Instituto Amazônia, foi inaugurado com a presença de autoridades do município de Parintins e de outros municípios do Amazonas. No referido instituto, foram estabelecidos quatro setores: agricultura, meteorologia, saúde e pesquisa. Uetsuka assumiu a direção geral e designou para cada área um responsável (Silva, 2009).

A comunidade de Santa Maria de Vila Amazônia é a sede/núcleo populacional da Gleba Vila Amazônia. Foi a área escolhida para servir de base para a infraestrutura da colônia japonesa, das quais quase nada restou, apenas algumas ruínas e onde existe hoje uma certa infraestrutura urbana onde está a maior concentração populacional.

A Vila Amazônia é composta por dezoito localidades: Mato Grosso, Miritizal, Colônia Açai, Colônia Nova Olinda, Colônia Independência, Colônia Laguinho, São Jose Laguinho, São João Laguinho, Lago do Jauari, São Jorge do Jauari, Santa Clara do Jauari, Fazenda Tocantins, Colônia Ponta Alegre, Santa Clara do Quebrinha, São Sebastião do Quebrão, Colônia Flor de Maio, Colônia Irmãos Coragens e Santa Maria da Vila Amazônia (Semsa, 2018).

Possui uma população de 7.135 habitantes (IBGE, 2010) e 1640 imóveis, na sua maioria de madeira e palha. Na Vila ocorre a predominância de imóveis de alvenaria, existe energia elétrica vinte e quatro horas, do projeto do Governo Federal Luz para Todos,

6 - Tusaka Uetsuka era, na época, deputado federal em Tóquio e foi o responsável pela implantação da colônia japonesa em Vila Amazônia

água encanada, 30 comércios varejistas, 04 açougues, 02 drogarias, 02 pousadas, e equipamentos sociais, duas escolas, uma igreja católica e doze igrejas evangélicas.

A atividade econômica está voltada a agricultura com escoamento da produção para as feiras municipais, plantio de culturas anuais, pesca e pecuária de subsistência. A Vila Amazônia, localizada a 40 minutos de barco da sede do município de Parintins no período da enchente e uma hora no período da seca tem como principal acesso via fluvial rio Amazonas, Paraná do Ramos, rio Uaicurapá, rio Mamuru, rio Tracajá e terrestre através da estrada que interliga Vila Amazônia-Ze-Açú-Valeria-estado do Para. O fluxo da população ocorre para Parintins, Zé Açú, Valeria, Uaicurapá, Mamuru, Tracajá, Barreirinha, Juruti e Santarém (Pará) (Semsa, 2018).

Quanto à estrutura de saúde, a Unidade Básica de Saúde Francisco Lupino inaugurada em 2019 é a referência para a oferta de serviços básicos de saúde na região e adjacências. Possui uma equipe da ESF composta de 01 médico, 02 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde, 02 auxiliares de serviços gerais, 01 motorista da ambulância. Nesta UBS em alguns casos ocorre atendimento de urgência e/ou emergência in loco (parto natural, atendimento acidente animais peçonhentos, acidente de trânsito, acidente de trabalho, ferimento por arma branca e arma de fogo, retirada de pontos, estabilização do paciente para posterior remoção e em alguns casos transporte de óbito por afogamento)(Semsa, 2019).

Em 2019 foram notificados no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) os seguintes agravos: atendimento antirrábico (8), acidente animais peçonhentos (11), violência autoprovocada (8), ISTs(4), tuberculose (1), hanseníase (1), hepatites virais (2), leptospirose (1), sífilis em gestante (1).

Rio Uaicurapá e região

Região composta por 13 localidades: Maranhão, São Tomé, Acariuba, Cajual, Gregoste, Jará, Laranjal, Maloca, Marajó, Remijo, São Carlos, Igarapé Açú, Bom Socorro totalizando 3.064 habitantes (Semsa, 2018).

Rio Tracajá e região

Região composta por 6 localidades: Santo Antônio, São Benedito, Arizona, Colônia Soares, Novo Oriente, Fluminense, totalizando 1.800 habitantes (Semsa, 2018).

Rio Mamuru e região

Região composta por 40 localidades: Varre vento, Catauere, Colônia Oliveira Machado, Acacia, Samauma, Boa Esperança, Damazia, Urucazinhos, Forca, Simeao, Igarapé Açú, Apucutaua, Sabina, Curuça, Ipiranga, Jacunda, Ipixuna, Pilão, Marepecu, Cabecudo, Buiucú, Traíra, Maria Rosa, Sumaúma, Margem Esquerda Rio Mamuru, Costa Mamuru, Mocambo, Moriá, Paca Piroca, Porto Betel, Quem Dizia,

Guaranatuba, Simão, São Francisco, Terra Preta, Jardim do Senhor, Vista Alegre, Nova Esperança, Santa Maria, Arauá, totalizando 2.845 habitantes (Semsa, 2018). As regiões do Uaicurapá, Tracajá e Mamuru são áreas de floresta de terra firme, que é o tipo de vegetação que melhor representa essa descrição da floresta amazônica. Ocorre nas partes mais altas do relevo, em áreas não sujeitas à inundação durante as chuvas ou nas cheias periódicas dos rios. É ela que compõe o tapete verde sem fim das imagens aéreas da Amazônia. Entretanto, a terra firme, que parece homogênea na vista aérea, compreende vários tipos de vegetação, caracterizados por diferentes estruturas e conjuntos de espécies (Vicentini, 2001).

De forma geral as habitações destas comunidades são em grande maioria de madeira, palha e taipa. Possuem abastecimento de água através de estação de poço artesiano na maioria das comunidades, porém algumas mais longíquas não possuem, utilizando água do próprio rio. Existem igrejas e escolas nas localidades com maior número de habitantes. A maioria das localidades possuem energia elétrica do Programa Federal Luz para Todos (Semsa, 2018).

As localidades deste aglomerado não possuem coleta de sendo o lixo orgânico depositado no solo e o inorgânico queimado. A principal atividade econômica destas localidades é a agricultura, pesca e comércio de subsistência. Tem como principal acesso o rio Amazonas, Paraná do Ramos, rio Mamuru, rio Tracajá e rio Uaicurapá. (Semsa, 2018).

A região do Mamuru é a mais distante do município, fazendo fronteira principalmente com o Estado do Pará. E o fluxo da população se dá para Parintins, Manaus, e outras localidades circunvizinhas (Semsa, 2018).

Quanto à estrutura de saúde, a referência para os serviços de saúde para estas regiões é a Unidade Básica de Saúde Cassiano Carmo localizada no Maranhão rio Uaicurapá, que possui 1 Equipe de Estratégia Saúde da Família com 1 médico, 1 enfermeiro, 04 Técnicos de enfermagem, 12 Agentes comunitários de Saúde, 2 Auxiliares de Serviços Gerais e 1 motorista da Ambulancha. No período da cheia conta com atenção à saúde da população através da Unidade Básica de Saúde Fluvial Ligia Loyola. No período da seca/vazante a dificuldade no acesso impossibilita esta UBS chegar a estas localidades. Desta forma, a Unidade Básica de Saúde de referência no município para atendimentos dos pacientes oriundos destas regiões é o Centro de Saúde Dr. Toda (Semsa, 2019).

Dentre os principais agravos notificados no SINAN no ano de 2019 são: acidente animais peçonhentos (9), meningite (2), leishmaniose (1), sífilis em gestante (3), sífilis congênita (1), DSTs, ISTs(1).

Área indígena e região

A área indígena de responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins (DSEI) está localizada na Terra Indígena Andirá-Marau possui 788.528

hectares (ha) e está localizada na divisa dos estados do Amazonas e Pará abrangendo os municípios de Barreirinha, Maués, Nhamundá e Parintins. Neste último localiza-se a área indígena denominada Uaicurapá que, segundo Teixeira (2011) é batizada pelo nome do rio que banha as comunidades. Distante do município aproximadamente 160 km tendo como principal acesso via fluvial.

De acordo com a estimativa da SIASI/SESAI (2019) possui uma população de 1.224 habitantes, com um número de 115 famílias. É composta por dez aldeias, no rio Uaicurapá, Nova Galileia, Vila Batista, Monte Carmelo, Vila da Paz, Nova Alegria, Monte Betel, São Francisco e no rio Mamuru, Campo Branco, Ipiranga e Nossa Senhora de Aparecida.

No que se refere aos serviços de saúde disponibilizados o Polo Base Tipo I, aldeia São Francisco é a referência para esta região. Os Pólos- Bases se constituem na primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados em uma comunidade indígena ou no município de referência, no último correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município (Brasil, 2002).

No Polo Base existe as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois agentes indígenas de saúde (AIS), um agente indígena de saneamento (AISAN) e um motorista da ambulância, que atuam durante cerca de trinta dias ininterruptos com arejamento (folgas) de quinze dias na cidade, à disposição do DSEI. Ressalta-se o diferencial para os AIS, AISAN e motorista que residem na localidade e o AIS também atuam como tradutores.

Dentre as atividades realizadas por esta equipe pode - se elencar: qualificação com capacitação e supervisão dos AIS e técnicos de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização de instrumentais; imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados; investigação epidemiológica; informações de doenças; prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e outras atividades compatíveis com o estabelecimento. Quando ocorre a necessidade de remoção do paciente para o município, o transporte é feito por lancha 150 HP, com duração aproximada de uma hora e vinte minutos do Polo Base para a sede do município no período da enchente e com duração de duas horas e meia no período da seca. Esses pacientes são sempre acompanhados por um profissional de saúde (Semsa, 2018).

Os principais agravos notificados no SINAN em 2019 são: Acidente animais peçonhentos (4), sífilis em adulto (3).

Entendendo os fluxos da área ribeirinha

Institucionalmente a gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de uma população específica, segundo os riscos,

implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a ela; e prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura, de suas necessidades e suas preferências (PlanificaSUS, 2019).

Mendes (2011) enfatiza que na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), seu elemento fundamental são as populações determinadas e sob as responsabilidades sanitárias. A população de responsabilidade das RAS, não é a população dos censos demográficos, nem a população que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), a qual vive em territórios sanitários singulares, organizadas em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações de acordo com os riscos sociais e sanitários.

Os moradores que compõem o território amazônico são diversos e multiculturais, compostos por indígenas, negros, imigrantes nordestinos e de outras partes do Brasil, descendentes de estrangeiros, moradores de pequenas cidades ou de isoladas comunidades rurais, ou na populosa zona urbana da capital, todos com hábitos tanto comuns quanto diversos. Em especial na zona rural do estado, estão organizados em agrupamentos dispersos formando as “comunidades”. São genericamente chamados de ribeirinhos, já que em sua maioria vivem às margens dos rios, em casas de madeira construídas em palafitas, mais adequadas ao período de enchente dos rios. (Portela apud Scherer, 2004; Lima et al., 2016).

Viver na Amazônia está diretamente relacionado a conviver com os rios, pois, na maioria dos lugares, o contato se faz por meio deles. Pensar no território amazônico requer considerar estas malhas e comunicações das águas que, embora sejam canais de conexão entre os lugares, diferem das estradas, pois secam e enchem, seguindo os ritmos determinados pela natureza, sobre os quais as pessoas constroem as suas vidas (Schweickardt et al., 2016).

Então como ocorre os fluxos da rede de urgência e emergência nas áreas ribeirinhas?

As redes de serviços de saúde disponíveis no interior do estado do Amazonas não são suficientes para atender as necessidades da população. Há dificuldades de fixação de profissionais de saúde, os serviços de alta complexidade e cerca de 89% de média concentram-se em Manaus, fazendo com que usuários de todo o estado recorram à capital em busca de atendimento especializado (Garnelo, Souza e Silva, 2017).

Na mesma conformação a população ribeirinha busca suprir as necessidades de saúde nas localidades onde possui Atenção Primária em Saúde e equipe da Estratégia Saúde da Família e quando não solucionado recorrem aos serviços ofertados na sede do município.

A Rede Hospitalar de Parintins e o Serviço de Urgência Emergência, tem a oferta destes atendimentos nos Hospitais Jofre Cohen e Padre Colombo, que funcionam

24h diariamente. Hospital Jofre Cohen é Público Municipal gerenciado pelo Estado com Gestão Municipal. Funciona com atendimento ambulatorial de Urgência/Emergência, Serviços de Apoio Diagnóstico (Laboratório de Patologia Clínica, Radiologia, Mamografia e Ultrassonografia) (Semsa, 2017).

Na área hospitalar dispõe de 80 leitos, nas especialidades básicas de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Cirurgia Geral. É habilitado para a realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia. Hospital Padre Colombo, pertence à Diocese de Parintins, mas é conveniado ao SUS para o qual disponibiliza 100% da sua capacidade instalada, considerando que os profissionais que prestam serviço no referido Hospital são contratados pelo Estado e Município. O serviço de Urgência/Emergência funciona diariamente e dispõe de Serviços de Apoio Diagnóstico (Eletrocardiograma, Laboratório de Patologia Clínica, Radiologia e Ultrassonografia). É referência para ortopedia e dispõe de Neonatologia. Na área hospitalar dispõe de 60 leitos, nas especialidades básicas de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia (maternidade) e Cirurgia Geral. Assim o município disponibiliza 140 leitos hospitalares e oferta além das especialidades básicas de Ortopedia, Neonatologia e Cirurgias especializadas de Ginecologia (Semsa, 2017).

A análise da produção de consultas médicas realizadas na rede própria aponta uma produção elevada nas consultas do pronto atendimento, ocasionando uma demanda excessiva nos hospitais, onde casos que poderiam ser solucionados na Atenção Básica se misturam com casos de urgência/emergência. Outro fator importante a ser considerado é a demora na regulação de casos que necessitam de internação hospitalar na capital do estado, Manaus, e também a demora na vinda de uti aérea para os casos graves. Esse tem sido um fator, que tem se repetido no ano de 2017 e que precisa ser priorizado na agenda do Estado.

Dentre os encaminhamentos para continuidade da assistência, as especialidades de maior demanda foram: Oncologia, Infectologista, Endocrinologista, Ortopedia e Neurologista. Os pacientes foram encaminhados aos hospitais de referência na capital do estado. Sob esta perspectiva, podemos afirmar que políticas que visam somente a otimização dos recursos e desconsideram a singularidades dos territórios, produzem iniquidades, uma vez que os recursos estão concentrados nos grandes centros.

Neste sentido, Feuerwerker (2016) salienta que no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, uma referência essencial para se pensar e organizar o cuidado em saúde é a integralidade. Integralidade pode ser entendida como o cuidado que se produz adotando um conceito amplo de saúde. Pode ser entendida como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde. E mais.

Em Parintins verificou se que a Região do Mocambo, Caburi, Vila Amazônia, Zé Açú e Maranhão estão vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, as localidades da área de várzea e do entorno recebem atendimento da UBS Fluvial,

localidades da Região do Uaicurapá, Mamuru e Tracajá recebem atendimento desta UBS no período da cheia, pois durante o período da seca a mesma não consegue se deslocar para essas regiões. Das 115 comunidades zona rural 86% tem cobertura do agente comunitário de saúde.

Existe na Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, a área técnica responsável pelas Ambulanchas que se deslocam da sede do município para a remoção de pacientes dos mais longínquos territórios, principalmente daqueles que não possuem este tipo de transporte. As regiões de Mocambo, Caburi, Vila Amazônia que possuem ambulancha transportam os usuários com disponibilidade de combustível para o serviço. Nos casos que ocorrem remoção por conta própria do paciente, seja pela urgência/emergência da situação é realizado a reposição de combustível e quanto ao retorno para sua localidade é de competência da SEMSA.

Schweickardt *et. al.*, (2016) colaboram referindo que tendo em vista a vastidão do território amazônico, a distância que separa os moradores entre si e da sede dos municípios é uma característica importante a ser ponderada. Os meios de transportes fluviais determinam o tempo de deslocamento entre uma localidade e outra. Quanto mais potente o motor utilizado na embarcação, mais rápido se chega ao destino, tornando as distâncias relativamente “menores”. Neste caso, os períodos de cheia favorecem o deslocamento entre as localidades.

Por outro lado, viver na várzea requer constante reordenamento da rotina diária em virtude do ciclo das águas. No período da seca as casas ficam isoladas e de difícil acesso, pois os moradores precisam realizar longos percursos até chegar ao porto. A cheia muitas vezes inunda as casas obrigando os moradores a utilizarem maromba⁷ para guardar seus pertences, transportarem os animais para terra firme ou colocá-los em currais flutuantes e mudarem suas atividades de agricultura para pesca (Schweickardt *et al.*, 2016).

Território líquido e o cuidado em saúde

O território é fruto de uma construção social afetado pela dinâmica e identidade formada historicamente a partir do próprio lugar, no sentido de possuir uma ligação direta com os indivíduos que o formam e que agem diretamente sobre as relações nele existentes. Neste sentido, podemos identificar territórios diversos com multiplicidade de diferentes espaços culturais, políticos e sociais que influenciam formas particulares de uma identidade territorial (Zambrano, 2001).

No que se refere ao território amazônico, este é formado por uma grande diversidade de redes e conexões que se fazem nos rios, lagos, várzeas, igapós e paranás. Possui duas grandes regiões naturais, a terra firme e a várzea. A terra firme não é afetada

7 - A maromba é uma construção feita de tábuas ou troncos com o objetivo de guardar coisas, plantas ou animais durante o período de grandes enchentes.

diretamente pelos rios, pois possui florestas altas e densas, além de savanas, cerrados e campos naturais. Por sua vez, a várzea é uma planície aluvial sujeita a inundações parciais ou totais que ocorre anualmente. (Scherer, 2004; Schweickardt et al., 2016). Pensar neste território requer considerar a dinâmica do lugar e seus complexos processos nos quais a água dita de forma direta e indireta a vida da população.

Desta forma, quando analisamos o território em/na saúde, é importante considerar que são diversos os fatores que condicionam o estado de saúde das pessoas, como o nível de desenvolvimento social e econômico da população; a infraestrutura existente, de moradia e de trabalho; a subjetividade, a afetividade, a espiritualidade, a sexualidade, o gênero e a diversidade cultural; a participação das pessoas nas decisões da comunidade; o grau de desigualdade de renda; a presença de agentes transmissores de doenças e alergias; a qualidade da alimentação; a qualidade do saneamento; os níveis de violência, discriminação, dependência química etc.; se é área de risco físico-natural (deslizamentos de terra, inundações etc.); mudanças cíclicas e climáticas na bacia hidrográfica na qual o território está inserido; e presença de fontes poluidoras, como indústrias e uso abusivo e não regulamentados de agrotóxicos (PlanificaSUS, 2019a).

É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde-doença de grupos que habitam determinadas áreas, visto que, quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possivelmente melhor a situação de saúde-doença dessa população.

Pensar a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas vezes, o conceito de espaço é reduzido, sendo utilizado de forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. Esse espaço apresenta, então, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (PlanificaSUS, 2019a).

Esse território em/na saúde é composto por um território líquido que é marcado pelo ciclo das águas, fenômeno natural em que os rios enchem e secam durante o ano, podendo ser subdividido em quatro períodos, definidos segundo critérios hidrológicos: seca, enchente, cheia e vazante (Bittencourt e Amadio, 2007). A seca tem seu ápice por volta do mês de novembro, seguido da enchente que inicia com as chuvas de novembro até o mês de julho, em que ocorre o auge da cheia e início da vazante, quando as águas começam a baixar novamente. A posição geográfica também interfere neste ciclo, pois a cheia inicia no alto ou cabeceira dos rios e repercute sucessivamente em que o rio desce. Por este motivo as regiões dos rios são divididas em Alto, Médio e Baixo (Heufemann, Lima e Schweickardt, 2016; Kadri e Schweickardt, 2016).

Entendendo esses processos, voltamos a reflexão para o cuidado em saúde nesses territórios. Feuerwerker (2016) salienta que saúde é um tema da vida, um assunto de todos os humanos. Tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida adiante da melhor maneira possível. Melhor maneira possível que tem algo a ver com um projeto de felicidade, com os modos de estar no mundo. Melhor maneira possível que varia para cada um e também ao longo do tempo, da história e das sociedades. Se saúde é isso tudo, é claro que para produzi-la, alimentá-la, torná-la possível, são necessários muitos elementos. Boas conexões, bons encontros, projetos de vida, possibilidades de realizar esses projetos, possibilidade de viver ganhos e perdas, de enfrentar - sem desmontar - as dificuldades, frustrações e desencontros que também fazem parte da vida (Feuerwerker, 2016).

No que tange ao cuidar é algo da vida, não somente dos humanos. Ativamente é algo que diz respeito ao menos a todos os viventes animais. Com diferentes arranjos ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de vida, cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida.

Cuidar da saúde, então, é tema de todos os viventes, não somente dos profissionais de saúde. Necessária essa consideração para sabermos que nesse terreno, o do cuidado em saúde, usuários, seus familiares e vários outros personagens são participantes ativos, com pauta própria e muitas possibilidades e impossibilidades que muitas vezes desconhecemos. E há múltiplos sentidos nesta produção. Mas cuidar em saúde é um tema importante para os profissionais da área (Feuerwerker, 2016).

Conhecer como ocorre esta rede viva do cuidado nos territórios ribeirinhos destaca-se na contribuição da gestão da condição da saúde, que de acordo com Mendes (2012) são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. As condições de saúde podem ser divididas em condições agudas, em condições crônicas e em eventos agudos. Desta forma, a gestão do cuidado em saúde envolve cinco componentes: plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção, educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde (PlanificaSUS, 2019b).

Considerações Finais

A escrita nos convocou como sujeitos da pesquisa a repensar o que é acesso e barreira diante de uma oferta de cuidado que aposta na multiplicidade e em novas conexões de produção de vida muito além da simples entrada ou não nos serviços. A ideia é a de se dar a conhecer as infinitas e provisórias formas de conexão nas redes existenciais desses sujeitos. E, ao conhecê-las, abrir-se a criação de múltiplas formas de produção de cuidado e acolhimento. Acesso e barreira não é simplesmente uma questão de ampliação de cobertura de serviços de saúde, ou

de oferta de certo cardápio de cuidados aos usuários, mas traz para a cena, toda a radicalidade do cam-mpo da vida e da ética.

O mapa do território é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e identificação dos problemas e necessidades de saúde da população. Esta ferramenta pode contribuir para o desenvolvimento do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob a dinâmica da forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, em especial o território ribeirinho. Pode também, definir responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Através do conhecimento da territorialização como forma de planejamento, as ações são direcionadas à população, como: definição do território de atuação e população sob responsabilidade das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade, resiliência e prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Neste estudo, o interesse foi estudar e compartilhar os “modos” de se fazer Saúde no território amazônico, peculiarmente na zona rural, território ribeirinho do município de Parintins. Conhecer a construção e organização da gestão municipal, em sua micropolítica, porque achamos necessário que esses movimentos experimentados na construção do SUS sejam investigados, debatidos e publicizados. Sobretudo por haver escassos meios para o compartilhamento de experiências entre militantes, trabalhadores de saúde e gestores do SUS, que sabem que os movimentos acontecem em alguns lugares, mas inacessíveis, porque estas vivências - exitosas ou não - não têm sido suficientemente registradas e divulgadas.

Referências

Benatti, J.H. (2016). Várzea e as populações tradicionais: a tentativa de implementar políticas públicas em uma região ecologicamente instável. In: Alves, Fabio (org.). **A função socioambiental do patrimônio da União na Amazônia**. Brasília: IPEA. p.17-29. <http://livroabeeto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/343>.

Betussi. D.C.; Baduy. R.S.; Feuerwerker. L.C.M.; Merhy. E.E. (2016). Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis.

Bittencourt, M.M.; Amadio, S.A. (2007). Proposta para identificação rápida dos períodos hidrológicos em áreas de várzea do rio Solimões-Amazonas nas proximidades de Manaus. **Acta Amazônica**, Manaus, v. 37, n. 2, p. 303-308, jun. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004459672007000200019&lng=pt&nrm=iso

Brasil. (2002). Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Deleuze, G.; Guattari, F. (1995). Introdução: Rizoma. In: Deleuze, G. e Guattari, F. **Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34.

Feuerwerker. L.C.M. (2016). Cuidar em Saúde. In: Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1.ed. - Rio de Janeiro: Hexis.

Garnelo, L.; Souza, A.B.L.; Silva, C.O. (2017). Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1225-1234.

Heufemann, N. E. C.; Lima, R. T. S. & Schweickardt, J.C. (2016). A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o 'longe muito longe' transformado pelas Redes Vivas. In: Merhy, E.M; et al. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Houaiss. **Dicionário Digital da Língua Portuguesa**. <https://www.dicio.com.br/houaiss/IBGE>. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.

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

Mendes, E.V. (2012). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Monteiro, J.M.C. (2003). **Uma cidade em plena selva: História do Mocambo**. Parintins: s/d.

Oliveira, A.E. (1983). Ocupação humana. In: Salati, Enéas et al. **Amazônia: desenvolvimento, integração e ecologia**. São Paulo: Brasiliense; Brasília: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Passos, E.; Barros, R. A. (2010). Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E; Kastrup, V; Escóssia, L. (Orgs). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Parintins. (2006a). Prefeitura Municipal. **Lei Municipal N° 09/2006**. "Regulamenta o Plano Diretor do Município de Parintins e estabelece diretrizes gerais da política urbana do Município e dá outras providências".

Parintins. (2006b). **Lei do Plano Diretor**. Lei Municipal N° 375/2006 de 06 de

outubro de 2006, Parintins.

PlanificaSUS. (2019a). **Workshop 2- Território e Gestão com Base Populacional**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde.

PlanificaSUS. (2019b). **Workshop 3 - Acesso à Rede de Atenção à Saúde**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde.

Portela, A.P.D.C. (2017). **O território e as Redes Vivas de Saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas**. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus

Rodrigues, A. (1993). **História do Caburi: Luz do amanhã**. Manaus: UFAM.

SEMSA. (2017). Secretaria Municipal de Saúde de Parintins. **Plano Municipal de Saúde**.

SEMSA. (2018). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Operacional Anual Malária-POA**.

SEMSA. (2019). Secretaria Municipal de Saúde de Parintins. **Plano Operacional de Ações de Vigilância em Saúde**, Festival do Mocambo.

SECTUR. (2018). Secretaria Municipal de Cultura e Turismo de Parintins. **Relatório das Ações Festival Folclórico Mocambo**.

SESAI. (2019). Distrito de Saúde Especial Indígena. **Plano Estratégico das Ações de Saúde das CASAI de Maués, Nhamundá e Parintins**.

SINAN. (2019). Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Relatório Coordenadoria de Vigilância em Saúde**.

Scherer, E.F. (2004). **O defeso e a defesa do meio ambiente**. II Congresso da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade e no II Congresso da Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade. Indaiatuba, São Paulo.

Schweickardt, J.C., Sousa, R. T. L., Simões, A. L., Freitas, C. M., & Alves, V.P. (2016). **Território na Atenção Básica**. In: Ceccim, RB; Kreutz, JA; Campos, JDP; Culau, FS; Wottrich, LAF; Kessler, LL. (Orgs.). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C.; Kadri, M.R.; Lima, R.T.S. (2019). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida.

Silva, C.M.M. (2009). **Mocambo, Caburi e Vila Amazônia no município de Parintins: múltiplas dimensões do rural e do urbano na Amazônia.** Dissertação [Mestrado em Geografia] Manaus: UFAM.

Souza, J.C.R. (2006). **O currículo da escola de várzea e o ensino de geografia no município de Parintins.** 2006, 46 f. Dissertação [Mestrado em Educação]. Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

Teixeira, L. (1997). **Várzea: parâmetros para uma proposta de exploração sustentada, no município de Parintins, segundo o contexto ambiental.** Monografia [Curso de Especialização em Educação Ambiental] Parintins, Universidade Federal do Amazonas.

Vicentini, A. (2001). As florestas de Terra firme. **Florestas do Rio Negro.** Editora científica Alexandre Aderaldo de Oliveira, Douglas C. Daly: coordenação Dráuzio Varella: projeto gráfico Hélio de Almeida-São Paulo: Companhia das Letras: UNIP.

Zambrano, C.V. (2001). Territórios Plurales, Cambio Sociopolítico y Governabilidad Cultural. **Boletim Goiano de Geografia.** Universidade Federal de Goiás. Instituto de Estudos Socioambientais/Geografia. Edição Especial 20 anos. v.21 , n 1, jan-jul.

Puxar, pegar e benzer: práticas tradicionais de cuidado na cidade de Parintins, AM

04

*Reidevandro Machado da Silva Pimentel
Luene Silva Costa Fernandes
Solane Pinto de Souza
Adriane Gomes Belém
Joana Maria Borges de Freitas*



"In Memoriam" a parteira Nazaré

"Dedicamos este capítulo a parteira Nazaré, que tanto contribuiu para a saúde das gestantes no município de Parintins".



30/11/1951



15/04/2021

Introdução

O texto apresenta o mapeamento das práticas tradicionais do cuidado em um território urbano do município de Parintins/AM. O lugar em questão é o bairro Paulo Corrêa, originariamente criado a partir da ocupação de uma propriedade particular denominada fazenda Itaúna. O bairro se formou a partir do fluxo populacional oriundo das zonas rurais do município de Parintins, cidades do entorno e populações indígenas que migraram de suas comunidades para a cidade em busca de educação escolar e trabalho.

Os territórios urbanos têm, nas questões sociais inerentes ao fluxo migratório espontâneo, uma questão a ser problematizada. Aqui não pretendemos discorrer sobre os efeitos das ocupações urbanas e/ou o direito à moradia "assegurado" pela Constituição Federal de 1988. Buscaremos abordar o que essas populações trouxeram consigo e que estratégias apresentam para enfrentar os problemas do cotidiano, especificamente, quando os problemas se mostram sob a forma de situações de saúde. Nos interessa saber como os conhecimentos e práticas tradicionais de saúde são utilizadas e incorporadas pela população no cuidado à



saúde. As práticas identificadas no território foram: partejar, benzer, puxar ossos, bem como o uso de plantas medicinais.

Consideramos que as práticas tradicionais de saúde representam uma potencialidade para o cuidado, por essa razão, buscamos identificar as práticas existentes nesse território onde acontecem os encontros entre os serviços e as práticas tradicionais. Neste sentido, partimos do pressuposto que a Agente Comunitária de Saúde (ACS) é um importante ator da equipe de saúde, pois representa um elo entre a equipe de saúde e a comunidade, haja visto que simultaneamente faz parte da equipe e do seu território de atuação (Freitas-Silva, 2019). O trabalho do ACS possibilita o diálogo entre os diferentes saberes, superando a dicotomia existente entre eles, convergindo na construção de um diálogo que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde (Maciazeki-Gomes, Souza, Baggio & Wachs 2015).

O texto parte de uma abordagem etnográfica e participativa, que pressupõe uma escrita coletiva e compartilhada entre trabalhadores, pesquisadores e usuários. A proposta é refletir juntos sobre as práticas desenvolvidas no território, buscando um diálogo com as pessoas que atuam no cotidiano do cuidado. A escrita do texto foi realizada a partir de oficinas de escrita promovidas pelo Laboratório de História, Política Públicas e Saúde na Amazônia - Lahpsa/Fiocruz Amazônia, no âmbito da pesquisa intitulada "O acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas" executada no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). Participaram das oficinas, trabalhadores da saúde do município, docentes e pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa, como o Instituto Federal do Amazonas (IFAM), Secretaria Municipal de Saúde de Parintins (SEMSA-PIN), a Fiocruz Amazônia e outros. A proposta foi de uma escrita participativa e compartilhada sobre os saberes de um determinado território da Atenção Básica.

A identificação dos cuidadores populares foi realizada através do trabalho da Agente Comunitária de Saúde (ACS), sendo feito um mapeamento desses cuidadores. Posteriormente foi realizada uma conversa com os cuidadores para identificar algumas características e situações em que são procurados e os pontos de diálogo com os serviços. Cabe destacar que os mesmos são usuários dos serviços de saúde.

Território e Saúde

O local de análise foi o Bairro Paulo Corrêa (imagem 01), localizado na região sul da cidade de Parintins/AM. O bairro foi originado, segundo Andrade (2015), no fim da década de 1990, a partir do grande êxodo rural em direção à sede do município e da alta demanda por moradia, o que mais tarde gerou a ocupação de terras de propriedade do Sr. Paulo Corrêa denominada fazenda Itaúna. Naquele momento, houve pedido de reintegração de posse da área, porém, a pressão popular levou o poder público municipal a fazer o processo de desapropriação de parte da propriedade, dando origem aos bairros Itaúna I e II e posteriormente o bairro Paulo Corrêa.

conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para organização e qualificação dos processos assistenciais (PlanificaSUS, 2019).

A necessidade de reestruturação da rede se dá, em parte, pela fragmentação dos serviços ocorridos no município. A fragmentação é uma das barreiras para uma atenção integral à saúde da população. Paralelo a essa rede de serviços, é importante destacar a existência de uma rede informal/tradicional composta por benzedores, puxadores, parteiras, erveiros, pajés. Todos pertencem ao mesmo território de atuação dos trabalhadores da saúde, formando outras redes. Estes sujeitos formam redes vivas, termo cunhado por Merhy et al. (2016) para se referir à produção do cuidado gerada pelos movimentos de diversos atores que não são necessariamente os profissionais de saúde, mas que podem integrar as redes compartilhadas de cuidado em saúde.

Neste sentido, reconhecemos também o ACS como uma rede viva. Esse profissional tem papel fundamental na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como responsabilidade a realização do cadastro das famílias, promoção da saúde em seu território de atuação por meio de visitas domiciliares e ações educativas nas casas, escolas, espaços sociais e acompanhamento dos comunitários. A ACS autora viabilizou o mapeamento apresentado neste texto, contribuindo com a identificação das práticas tradicionais de saúde no bairro Paulo Corrêa.

Política e Práticas tradicionais de cuidado em saúde

O cuidado em saúde pelas práticas tradicionais no cotidiano das comunidades é tão potente que em novembro de 2013 foi publicada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). A política propõe metodologias e tecnologias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre os diferentes saberes. A proposta é valorizar os conhecimentos tradicionais e populares, assim como a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos, e a inclusão desses cuidadores no SUS (Brasil, 2013).

A necessidade de uma política como a PNEP-SUS vem da dificuldade de diálogo entre serviço de saúde e usuários, bem como da inegável potência das práticas tradicionais e/ou populares de saúde, que de acordo com Nespoli e Lopes (2016) são muito valorizadas pela população que reconhece seus efeitos benéficos. As práticas tradicionais de cuidado fazem parte da vida comunitária e coexistem num mesmo território das práticas biomédicas, que, por vezes, nega os saberes, que não fazem parte de sua configuração: práticas centralizadas na clínica e na tecnologia hospitalar. No entanto, apesar da hegemonia do pensamento biomédico, as práticas populares continuam resistindo e presentes no cotidiano do território.

O protagonismo do cuidado a partir dos saberes tradicionais na área analisada vem, principalmente, de parteiras tradicionais, benzedoras e puxadores de ossos. A Política Nacional de Práticas Integrativas não inclui práticas tradicionais

brasileiras, como partejar, benzer e puxar ossos no cuidado. Por outro lado, esses cuidadores populares se utilizam de práticas integrativas como a fitoterapia, usam amplamente plantas para fins medicinais, especialmente na forma de chás, cuidado que faz parte da vida nas comunidades Amazônicas.

Ao contrário dos conhecimentos advindos da medicina moderna e ocidental, que explica as doenças a partir de uma causalidade e história natural, os saberes e práticas tradicionais e populares de cuidado nascem a partir de uma memória coletiva, com base em experiências vividas que organizam formas de cuidado a partir das relações tanto sociais, quanto com o ambiente. Os saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam da diversidade cultural, em que o conhecimento surge a partir do modo que cada um compreende o mundo, significa e ressignifica suas vivências (Nespoli e Lopes, 2016; Freitas-Silva, 2019).

Parteiras Tradicionais

Na Amazônia, sobretudo em comunidades ribeirinhas e indígenas, ambas distantes e de difícil acesso, as grávidas e seus familiares normalmente recorrem às parteiras para que façam a “puxação” na barriga da gestante. É importante ressaltar que esse trabalho de partejar só é possível graças a resistência das parteiras tradicionais. Estas por sua vez, em algum momento da vida conseguem reconhecer em suas filhas, o dom de partejar. A partir desse reconhecimento, iniciava-se o repasse dessas práticas cujo objetivo era capacitá-las para que em algum momento, suas filhas pudessem seguir o dom herdado, garantindo desse modo, a continuidade do ato de partejar em suas comunidades. Tal prática é evidenciada no relato a seguir:

A Minha mãe era parteira conhecida nas redondezas, chamada pra todos os lugares[...]. Eu acompanhei muito ela. Sempre ela dizia: quando tinha parto longe ela dizia minha filha me acompanha que eu já estou com minha idade avançada e já não tenho muita força com senhoras grandes. Depois que minha mãe não quis mais, ela entregou o cargo pra mim. Eu andei muito. Aí eu cheguei a 1002 crianças que eu aparei (D. Nazaré, 2020).

Sousa (2018) afirma que as parteiras atendem mulheres sob necessidades diversas apresentadas diariamente, tais como: gravidez, parto, puerpério, situações específicas de saúde da mulher, planejamento familiar, práticas de contracepção, regulação do período menstrual e ainda, aborto. Ressalta ainda, que as parteiras identificam as situações da gravidez e do parto pelo reconhecimento dos sinais emitidos pelo corpo da grávida quando se inicia o trabalho de parto e suas possíveis complicações, assegurando uma melhor assistência ao parto. Os saberes próprios do partejar, acumulados pela experiência a cada parto assistido, possibilitam à parteira promover segurança materno-infantil, pois identifica riscos e, em um contexto ideal, encaminha para o serviço hospitalar.

Nossa entrevistada relata uma das situações em que se viu “aperreada” como ela mesma relata:

O parto que mais marcou foi um que eu fiz aqui em Parintins. Porque a criança nasceu ai ela custou a respirar e eu me desesperei. Ai ela foi ficando negra e eu sacudi. Sacudi como muitos. Por isso que as vezes diz assim: Ah o doutor sabe? Sabe. A parteira do hospital sabe? sabe. Eu não sou contra. Mas elas não fazem o que a gente faz em casa. Eu sacudi ai vi que a criança estava custando a voltar eu agarrei eu não teve nojo. Eu peguei botei a boca no nariz da criança e eu puxei, puxei e veio tudo aquilo ai eu joguei ai a criança puxou (respirou) ficou alegre e eu disse: ó meu Senhor! eu recebi uma graça (D. Nazaré, 2020).

No partear comunitário, assim como nos partos intra-hospitalares, existem intercorrências que podem ser identificadas pelas parteiras. Uma intercorrência narrada foi quanto a uma retenção placentária. A entrevistada quando perguntada sobre o que fazia nesses casos, ela simplesmente disse que rezava a seguinte oração: *“minha Santa Margarida não tô prenha nem parida tirais a carne morta que tá nessa barriga’. Após a saída, era cavado um buraco e a placenta era enterrada”* (D. Nazaré, 2020).

Santos, Silva e Merhy (2016) salientam que o parto hospitalar se transformou em procedimento puramente mecânico a ponto de os profissionais das unidades seguirem primeiro os intermináveis protocolos clínicos, agindo em muitos casos mecanicamente. Evidenciam que o partear pode ser entendido como uma estratégia de resistência e que tal conjectura não as impede de existir para além do que se destinam, pois exercem um nomadismo existencial e assistencial no cumprimento daquilo que para elas é um compromisso ético-político com a vida. Sendo que, segundo os autores, as parteiras travam uma luta diária para a manutenção da arte de partear em uma época na qual saberes tradicionais vão sendo substituídos por saberes especializados.

Possivelmente esse compromisso ético e político das parteiras se materializa, principalmente, devido ao dom que lhes acompanha desde o seu nascimento e os conhecimentos passados a elas, de um modo geral, por suas avós, tias e mães, também parteiras nas comunidades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua parteira tradicional como a pessoa que assiste a mãe durante o parto e que adquiriu seus conhecimentos iniciais de parturição por si mesma ou com outras parteiras tradicionais. Desse modo, perceber de que forma se dá essa produção de cuidado é essencial para que sejam concebidas melhores condições de saúde para distintas populações respeitando as especificidades locais (Sousa, 2018).

Segundo Sousa (2018), o cuidado das parteiras demanda estratégias de olhar e fazer saúde, diante da escassez na oferta de serviços de saúde, pois podem representar a primeira linha de cuidado à saúde das gestantes, recém-nascidos e

puérperas. Os desafios para o cuidado em saúde, nos desafiam para enxergar essas cuidadoras como agentes promotoras de saúde e criar condições e possibilidades para que o seu saber continue como uma prática social.

Benedores/Rezadores

Segundo um dos rezadores, a busca pela manutenção da saúde é diária: “É preciso estar bem!” Essa percepção é genérica, mas muda de pessoa para pessoa. As práticas tradicionais têm a sua fundamentação e origem nos mitos, crenças e na religiosidade. O benzimento tem uma fonte na religião, principalmente no catolicismo popular. Os benzedores utilizam de fórmulas mágicas, das palavras das rezas, para realizar a sua intervenção, utilizando de diferentes símbolos (Schweickardt, 2002). Neste contexto, a benzedora entrevistada relata: “não é oração diferente, é o creio em Deus Pai e outras orações. A gente presente na mente da gente” (D. Assunção, 2020).

Quando perguntada se poderia falar alguma reza usada a mesma negou e justificou dizendo que:

A reza só vem no momento de benzer. É lá com os espíritos e a gente não pode passar por cima do limite. Vocês têm um chefe né? E nós também temos, e nós não podemos passar por cima (se referindo aos espíritos) (D. Assunção, 2020).

A reza possui uma lógica diferente da científica, pois tem suas bases em argumentos e saberes que estão ancoradas na tradição e na oralidade. O aprendizado se faz através de familiares ou de outras pessoas próximas, repassando as fórmulas para serem ditas para cada situação. As rezas são realizadas, em sua maioria, por mulheres, residentes em áreas rurais, pequenas cidades do interior ou periferias das grandes cidades. (Medeiros et al., 2013; Marin e Comin, 2017).

Schweickardt (2002), por exemplo, estudou os rezadores na cidade de Manaus, onde encontrou principalmente homens que além de rezas também fazem “garrafadas”, que são preparados de chás e ervas destinadas para o tratamento de diferentes doenças ou outros problemas relacionados às questões psíquicas e relacionais. Isto é evidenciado na fala a seguir:

Eu herdei isso do meu Pai. Porque ele tinha esse dom de puxar. Meu pai cansou de fazer o bem pros outros e ele fazia muito remédio da terra (garrafadas) pros outros. Meu pai benzia, puxava, costurava rasgadura (D. Assunção, 2020).

Estudos mostram que o principal público dessa prática são as crianças, e o benzimento é feito de variadas formas, mas todos se utilizam da reza associada a um instrumento que dão credibilidade ao ritual como: ramos, água comum, água benta, agulha, linha, fotos, entre outros. As plantas são as mais utilizadas nos rituais

de cura associadas às palavras que são ditas magicamente para produzir o efeito contrário sobre *“mal olhado”*, *“quebranto”*, dores, *“espinhela caída”* e outros males (Medeiros et al., 2013; Oliveira e Trovão, 2009; Schweickardt, 2002).

Marin e Conin (2017) caracterizam o benzer como uma atividade terapêutica que se realiza a partir de uma relação dual entre a pessoa e o benzedor. Por ser um dom concebido gratuitamente por Deus, o serviço não pode ser cobrado. O recebimento do dom não está associado ao desejo de ser rezador, mas em sinais que se apresentam na vida da pessoa, podendo ser um sonho, uma doença ou um fenômeno que aconteceu na vida social da mesma.

A figura das benzedoras e dos rezadores poderia ser entendida como fora do tempo ou fora do lugar, ou seja, em tempos do predomínio da razão e da urbanização poderíamos achar que práticas mágicas estariam superadas. No entanto, encontramos esses cuidadores realizando as suas práticas em suas casas, ou seja, ainda há espaço para a magia ou não temos um cenário de total *“desencantamento do mundo”* como nos afirma Max Weber (1982) apud Schweickardt, 2002. Além disso, temos a tendência de achar que onde há serviços de saúde, esses, em si, seriam suficientes para suprir todas as necessidades de atenção à saúde. Neste momento, lembramos que o sentido amplo de saúde contempla também necessidades de ordem natural, social, ambiental, psicológica e espiritual. Desta forma, a fé e o respeito ao divino é regra para os benzedores quando dizem: *“graças a Deus, tudo que já passou pela minha mão, abaixo de Deus eu dou conta”* (D. Assunção, 2020).

Puxadores de ossos

As cidades localizadas no interior da Amazônia e, em especial o Estado do Amazonas tem algo em comum que é a dificuldade de atrair e manter profissionais de saúde, sobretudo, médicos. Parintins e cidades próximas não fogem à regra e enfrentam a mesma dificuldade. No entanto, não podemos dizer que as práticas tradicionais somente existem na ausência de serviços de saúde, e nesse caso, não poderíamos deixar de falar dessas práticas no bairro Paulo Corrêa. Pelas mãos dos puxadores os males são curados e se restabelece a ordem dos acontecimentos na vida da pessoa. Esses atores são normalmente de origem popular, que dominam a arte da cura através da imposição das mãos. Segundo a entrevistada a mesma não sabia ao certo que tinha o dom de puxar, a descoberta ocorreu na adolescência conforme descrito a seguir:

Quando eu comecei a puxar eu tava com quatorze anos. Um meninozinho tava com canseira e eu fiquei olhando e disse: esse menino tá desmentido por isso que ele não fica bom e a mãe ainda manda aplicar injeção. Ai eu puxei o pescocinho dele e ele melhorou (D. Raimunda, 2020).

As suas ações, apesar de não terem o status acadêmico, contribuem para os processos de saúde e doença nos seus territórios. Os puxadores articulam o saber

tradicional com um relativo conhecimento biomédico, distinguindo as doenças que são do domínio biomédico daquelas que são de sua competência. O uso do verbo “puxar” é usado para designar diferentes atividades, no ato de partejar, expressado no sentido de “puxar a barriga” e para torções “puxar desmintidura”. Nessas atividades, é necessário ter sensibilidade e habilidades manuais: na gestação, a palpação na barriga tem a finalidade de “endireitar a criança”, e na desmintidura, encontrar a torção (Wawzyniak, 2008, p. 138).

Os puxadores têm em suas funções a habilidade de realizar massagem em regiões machucadas do corpo em casos de torções, distensões musculares, problemas nas articulações, contusões e luxações, além de atenderem mulheres grávidas para aquecer a criança. Essas habilidades são conferidas a um fundamento principal a muitos puxadores, o Dom (Vaz Filho, 2016).

Podemos atribuir tais habilidades dos puxadores a sua alta sensibilidade tátil, sensibilidade que permite identificar o “nervo montado” (torção) ou onde o “osso está desmentido”. Essa habilidade facilita ao puxador perceber a necessidade de se pôr menos ou mais pressão no local afetado. É preciso calcular a força apropriada, na tentativa de colocar o osso no lugar, principalmente quando se trata de crianças, pois não sabem indicar com precisão onde é a dor (Wawzyniak, 2008). Dentro desse universo de saberes, as práticas se misturam ao cotidiano dos muitos povos da Amazônia, como na história de “Dona Lenil Silva” conhecida como a “pessoa que entende”. Ela benze, puxa, reza para mal olhado entre outras muitas atividades que ajudam as pessoas de sua comunidade em Santarém, no Estado do Pará, longe do grande centro urbano. Em Parintins podemos citar o famoso Waldir Viana, um curador muito conhecido, responsável por tratamentos complexos, quando os médicos já consideravam causas perdidas, praticando a cura pelas mãos (Souza 2016; Silva, Mesquita-Junior, Mourão e 2013).

Considerações Finais

O mapeamento das práticas tradicionais no território explorado, possibilitou identificar os atores que fazem parte da rede de cuidadores tradicionais, os quais são incorporados pela população local no cuidado à saúde. Foi possível encontrar três parteiras, quatro puxadores de ossos, além de três puxadores que também possuíam o dom de benzer.

O partejar, o benzer e o puxar, são práticas muito utilizadas na Amazônia, sobretudo porque, em localidades muito distantes não há a presença de equipes de saúde. No entanto, foi possível observar que mesmo migrando de seus locais de origem, em especial das zonas rurais ou ribeirinhas, a população não abandona tais práticas, ainda que esta esteja inserida em uma localidade com acesso ao serviço de saúde convencional.

A escuta dos cuidadores foi uma experiência gratificante para os autores. Foi possível entender como acontece o trabalho deles no cuidado diário. Evidenciou-

se uma riqueza de detalhes e informações valiosíssimas o que reforçou nossa percepção quanto a necessidade de valorização das práticas tradicionais e consequente manutenção dessas práticas milenares.

Além disso, vislumbrou-se a necessidade de mapear outros territórios com o objetivo de identificar possíveis cuidadores que utilizam os seus dons em benefício da coletividade, aliviando em muitos casos as dores do corpo e da alma das pessoas que recorre a esses tratamentos.

Não evidenciamos a existência do encontro das práticas tradicionais existentes nesse território com o serviço de saúde. Soubemos da participação esporádica de uma puxadeira na Unidade Básica de Saúde do bairro, em dois eventos, um em 2018 e outro em 2019. Chamamos a atenção e talvez cabe a discussão quanto a possibilidade de reconhecimento pelos gestores públicos, acerca da incorporação desses cuidadores e suas práticas no contexto da Atenção Básica. Afinal, grande parte da população procura primeiro estes cuidadores para depois ir às unidades de saúde.

Portanto, criar estratégias de encontro e diálogo intercultural que permitam a relação poderiam gerar um ganho substancial e significativo nas práticas profissionais, impactando positivamente no serviço de saúde e na vida das pessoas. Afinal, “tudo que for abaixo de Deus, eles dão conta”.

Referências

Andrade, G. P. de. (2009). **História e memória: da fundação do bairro de Paulo Corrêa ao seu processo de urbanização desenvolvido até os dias atuais.** Trabalho de Conclusão de Curso, [Departamento de História]. Universidade do Estado do Amazonas- UEA/CESP/Parintins.

Andrade. G.P. (2015). História e memória: da invasão ao processo de criação do bairro de Paulo Corrêa, em Parintins. **Congresso Pan-Amazônico de História Oral. IX Encontro Regional Norte de História Oral.** VIII Semana de História do CESP:UEA.

Bornstein, V.J. [et al.] (2016). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio** / Organização de Vera Joana Bornstein [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV.

Bornstein, V; Travassos, R.S; Lima, L.O; Barili, E.C. (2016). **A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política.** In: Curso de Aperfeiçoamento em educação Popular em Saúde: textos de apoio/ Organização de Vera Joana Bornstein et al. - Rio de Janeiro: EPSJV.

Brasil. (2015). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 127p.

Brasil. (2013). **Portaria nº 2. 761, DE 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

Carvalho, M.N; Franco, T.B. (2015). Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.25, n.3, pp.863-884, jul./set.

Freitas-Silva. J.M.B. (2019). **Território e Redes Vivas de Saúde numa Amazônia Quilombola**. Dissertação [Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia]. Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Centro de Ciências do Ambiente, Manaus.

Gomes, R.C.M; Souza, C.D; Baggio, L; Wachs, F. (2016). O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1637-1646. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>

Hauradou, G. R.; Oliveira, S. E. B. (2017). Práticas de cura popular na Amazônia: um ensaio a partir do conceito de Habitus em Pierre Bourdieu. **RELEM – Revista Eletrônica Mutações**, UFAM/Icsez. jul-dez.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente, por situação de domicílio, com indicação da população urbana residente na sede municipal- sinopse**. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/608#resultado>

Maciel, M.R.A; Neto. G. (2006). Um olhar sobre as benzedeadas de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi, Ciências Humanas*, Belém, v. 1, n. 3, p. 61-77, set-dez.

Marin, R.C; Comin, F.S. (2017). Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeadas. **Psicologia: Ciência e Profissão** Abr/Jun. v. 37 n°2, 446-460. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002352016>

Mattos, C.L.G. (2011). A abordagem etnográfica na investigação científica. In: Mattos, C.L.G. & Castro, P.A., Orgs. **Etnografia e educação: conceitos e usos** [online]. Campina Grande: EDUEPB. pp. 49-83.

Medeiros, R.E.G; Nascimento, E.G.C, Diniz, G.M.D; Alchieri, J.C. (2013). Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeadas na atenção à saúde da criança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1339-1357.

Merhy, E.E; Gomes, M.P.C; Silva, E; Santos, MFL; Cruz, K.T; Franco, T.B. (2016). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Emerson Elias

Merhy [et. al.]. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído na rede**. Rio de Janeiro: Hexis.

Nespoli, G.; Lopes. M.C.R. (2016). O cuidado em saúde. In: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: Textos de apoio**/ Organização de Vera Joana Bornstein et al. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

Oliveira E.C.S; Trovão, D.M.B. (2009). O uso de plantas em rituais de rezas e benzeduras: um olhar sobre esta prática no estado da Paraíba. **Revista bras. Biociências**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 245-251, jul./set.

Planificasus. (2019). **Workshop 1- A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde.

Schweickardt, J.C. (2002). **Magia e Religião na Modernidade: os rezadores de Manaus**. Manaus: Edua.

Souza, A.F.P. (2016). **Práticas de Cura pelas mãos de dona Lenil, sabedora da comunidade Enseada do Aritapera, várzea de Santarém-PA**. XVII Encontro Nacional de Geógrafos. A construção do Brasil: geografia, ação política e democracia, julho.

Silva, M.C.F; Mesquita Junior, B; Mourão, H; Mendonça, K; Chagas, L; Costa, M; Dutra, T; Rodrigues, A.S.B. (2013). **Nos braços de Waldir**. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XX Prêmio Expocom 2013 - Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação.

Santos, J.G.W.; Silva, A.L.S; Merhy, E.E. (2016). "Andarilhagens" agenciadas pelas parteiras na cidade de Bujaru- PA. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído em redes**/ organização Laura Camargo Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy. - 1. Ed. - Rio de Janeiro: Hexis.

Silva, G.S. (2010). Benzedores e Raizeiros: saberes partilhados na comunidade remanescente de quilombo de Santana da Caatinga - 1940-2011. **Revista Mosaico**, v.3, n.1, p.33-48, jan./jun.

Sousa, T.M. (2018). **O Cuidado Oferecido Por Parteiras Tradicionais: Redes de Saber, Cuidado e Integralidade na Atenção à Gestação, ao Parto e ao Puerpério**. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, ILMED.

Vaz Filho, F.A. (2016). **Paj s, Benzedores, Puxadores e Parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia**. Santarém, UFOPA, 138 p.

Wawzyniak, J.V. (2008). **Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará-Brasil**. Tese [Doutorado em Ciências Sociais], Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Weber, M. (1982). **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

As imagens e as narrativas de um lugar chamado Mocambo: uma abordagem participativa pelo uso do Photovoice

05

*Júlio Cesar Schweickardt
Leidiane Santarem Valente
Sonaira Serrão Castro Ribeiro
Daizes Caldeira Pimentel
Patrizia Gonzaga Farias
Joana Maria Borges de Freitas*

Entrando no barco...

O objetivo desta produção é apresentar a realidade de uma comunidade ribeirinha do município de Parintins, Amazonas, através da abordagem do photovoice, que será detalhada posteriormente. Utilizaremos as imagens para apresentar os lugares, seus significados, símbolos e signos. Vamos produzir uma narrativa, mas também queremos que as imagens contem a sua própria história, deixando a sua própria voz e mensagem. As fotografias, apesar de trazerem o olhar de quem fotografa, traz a possibilidade de que novos olhares e novas interpretações surjam (Souza, et al, 2019).

A comunidade escolhida para a nossa prática foi Mocambo, que está localizada em área de terra firme, mas que enfrenta os efeitos do ciclo das águas, no período da cheia e seca. Mocambo traz as características de “Uma Comunidade Amazônica”, para lembrar do clássico estudo do antropólogo Chales Wagley (1988). A localidade tem as suas festas, rituais, manifestações culturais e sociais. Como outros tantos lugares na Amazônia, precisam enfrentar os desafios das águas, que pulsam nos seus ciclos. A enchente e cheia se dá entre os meses de fevereiro a julho e a vazante e seca se dá entre os meses de agosto a dezembro.

Na Amazônia os rios definem a logística de locomoção das pessoas. Na vazante e na seca os acessos são mais difíceis porque o lago que cerca Mocambo fica seco, tendo que fazer longas caminhadas para chegar às margens do rio Amazonas. No período da cheia muitos moradores têm mais facilidade para se deslocar até a sede de Parintins. Na cheia, os lagos e igarapés aproximam os caminhos e encurtam os tempos e espaços. Nesse período, muitos aproveitam para fazer compras em

Parintins, pois o tráfego das embarcações é maior, sendo que o caminho é feito de águas (Portela, 2017).

No Distrito do Mocambo, a exemplo das cidades é possível encontrar motos, bicicletas, “motocar”⁸, triciclos⁹ para os transportes e deslocamentos internos ou para acessar a comunidade de Caubiri. O transporte fluvial é mais comum a utilização de canoas equipada com motor de 5.5hp, que são denominadas de “rabetas”¹⁰. As lanchas com motor de maior potência e os barcos de recreio¹¹ são mais utilizados no período da cheia. A comunidade tem um barco recreio que sai do Porto da comunidade até a cidade de Parintins ou outras localidades.

O acesso aos serviços de saúde pela população e o acesso dos trabalhadores da saúde às comunidades também são afetadas pelas águas. Em casos de urgência e emergência é utilizado para a remoção dos pacientes a ambulancha¹². No período da seca o usuário é conduzido por moto ou carro (particular) até chegar à margem do rio Amazonas onde é colocado na ambulancha que segue para Parintins.

A coleta de imagens e a construção dos textos foi realizada numa oficina de produção compartilhada no município de Parintins, no mês de dezembro de 2019. As atividades de pesquisa e produção estão ancoradas no Projeto “Acesso da População Ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas”, coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, sendo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), através do Edital do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Falando da abordagem

O *photovoice* foi proposta para descrever a algumas temáticas, selecionadas anteriormente, mesclando imagens e texto. As imagens buscam apresentar as características da comunidade para promover uma aproximação com aquela realidade, de modo que o/a leitor/a possam construir uma imagem sobre o lugar. As imagens são tem a pretensão de dar uma ideia acabada ou fixa das pessoas e do lugar, senão apresentar criticamente um lugar que a marca da Amazônia. As imagens e texto tem uma intencionalidade e uma presença, mas esperamos que os/as leitores/as possam criar suas próprias narrativas (Santos; Lopes & Botelho, 2018).

Segundo Santos *et al.* (2018), *o photovoice permite que a experiência individual ou coletiva tenha voz através das fotos. É um método que utiliza a comunicação visual e que pode ser utilizada para empoderar as pessoas que participam da experiência, que nesse caso foram os pesquisadores, trabalhadores e gestores da saúde. Os participantes tiveram oportunidade de fazer a escolha dos objetos a*

8 - Motocicleta com três rodas adaptada com carroceria, originalmente para transporte exclusivo de cargas.

9 - Bicicleta modificada, adaptada com carroceria para transporte de cargas.

10 - Tipo de barcos com motor e hélice traseira, usados em rios de pouca profundidade

11 - Barco regional que originalmente eram feitos de madeira, mas que ainda circulam pelos rios, conectando os municípios.

12 - A ambulancha é um transporte sanitário, sendo uma lancha adaptada para servir de “ambulância”.

serem fotografados a partir de um objetivo comum: Registrar lugar e pessoas na relação com o cuidado em saúde na Comunidade Mocambo, Parintins/AM.

Segundo Leal et al (2018), o desenvolvimento do *photovoice* é uma oportunidade para as pessoas da comunidade expressarem suas necessidades, por revelarem suas histórias de vida, por apontarem aspectos socioculturais, por demonstrarem problemas que são responsáveis pelas condições de vida a que estão sujeitas e, por fim, por revelarem seus desejos, perspectivas e planos futuros.

A foto pode despertar sentimentos e olhares diferentes para os objetos cotidianos, ou seja, é uma oportunidade de estranhar as coisas que fazem parte da paisagem familiar. Para a pesquisa a imagem é uma ferramenta que possibilita o aprofundamento de questões e problemas que se apresentam na área do conhecimento. Além disso, os leitores de diferentes latitudes poderão visualizar entre as palavras, as imagens que compõem o território líquido da Amazônia, do povo ribeirinho, dos modos de viver, do transporte e o acesso aos serviços de saúde.

Antes de iniciar a viagem para o Mocambo, discutimos um roteiro para a realização do *photovoice*, no modelo de um protocolo. Definimos os seguintes temas: População Ribeirinha; Características do Território; Trabalho e trabalhadores de saúde; Transporte e Acesso. A validação dos discursos produzidos se deu segundo as etapas sugeridas por Oliffe et al. (2008).

- **Análise prévia do material:** Consiste no processo de visualização de cada foto aliada ao depoimento produzido pelos participantes, de modo a valorizar suas perspectivas. Assim, as narrativas permitiram a aproximação ao contexto relativo à imagem, a partir da conexão com as falas. Será a primeira visualização e interpretação das imagens registradas pelo grupo de autores;
- **Revisão:** nesta fase as fotografias são interpretadas pelo pesquisador/autor revisor juntamente com os depoimentos com o intuito de captar possíveis inconsistências entre o que foi fotografado e narrado; - **Comparação:** nesta fase as fotografias e os discursos são reunidos, interpretados, comparados e categorizados;
- **Teorização:** neste momento busca-se referências bibliográficas sobre categorias que emergiram a partir das imagens;
- **Análise:** o *photovoice* engaja os participantes no processo de análise de dados, quando os permite realizar a seleção de imagens, contextualização de histórias e codificação de categorias (Wang et al., 1998).

Os registros fotográficos foram realizados através de celular marca Samsung Edge 7, celular Moto G5 de câmeras 8 mp e máquina fotográfica Canon EO5, com lente 35 mm. Os registros foram realizados na Comunidade no horário entre 10 até as 13 horas. Os percursos foram escolhidos por cada dupla e tiveram liberdade de selecionar os cenários. Algumas duplas tiveram apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o deslocamento e identificação dos locais. No

dia seguinte, cada grupo selecionou três fotografias e apresentou para o grupo para as outras etapas do photovoice.

Imagens, lugares, pessoas e trabalho em saúde

Combinamos de sair do Porto de Parintins às 6 horas, mas somente saímos depois de um café com tapioca no mercado. Seguimos de lancha pelo Rio Amazonas até entrar no acesso ao Lago do Mocambo. Damos uma volta na comunidade, que nessa época ainda o lago está em condições de navegação. Ao chegar no porto da comunidade, logo visualizamos o Mocambódromo, onde acontece a competição dos bois “Preto” e “Espalha Emoções”. Fomos para a Unidade de Saúde para conversar com os trabalhadores para explicar a metodologia.

O acesso ao Lago do Mocambo se faz por um canal que fica totalmente seco no período da Seca, como o rio ainda estávamos na enchente conseguimos passar (imagem 7). Os barcos com motor de maior potência provocam o banzeiro¹³ para os menores que precisam esperar o movimento das águas baixarem, gerando preocupação ou risos para os que ficam observando. O que mais vimos foram rabetas que fazem o seu movimento lento e constante pelo canal.

Imagem 01. Canal que conecta ao lago do Mocambo.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPA, 2019.

13 - Banzeiro é uma expressão bem regional que significa o movimento das águas provocado por embarcações ou pelo vento, como se fossem ondas.

A imagem 02 mostra o transporte da produção, nesse caso de melancia, feito por um motor rabeta. Vemos que na canoa estão pai e filho, podendo ser o avô também.

Imagem 02. Canoa com produção.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

A via de acesso terrestre entre os Distrito do Mocambo ao Caburi é utilizada para a locomoção dos moradores que moram em sítios ou em comunidades (imagem 03). No caso de emergência esse é o percurso até chegar na Unidade Básica de Saúde. Conforme relatos dos profissionais de saúde da UBS Ilarina Reis, alguns pacientes acamados são removidos até na viatura de polícia ou carro particulares, visto que a UBS não possui ambulância. De acordo com relato da Enfermeira: “algumas vezes os pacientes vêm para Unidade até carregado em redes, principalmente quando a emergência é causada por acidente ofídico.” No período da chuva a estrada tem o acesso difícil devida à lama e à água que se acumula nos buracos.

Imagem 03. Ramal que conecta Mocambo e Caburi.

Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Os moradores de Mocambo que fotografamos nasceram na localidade, portanto tem uma vida inteira naquele local, possuindo suas redes e suas relações. Todas as pessoas autorizaram, via áudio, o registro e a publicação das suas imagens para fins da pesquisa. Assim, Maria Almerinda, Onoreno e Carmen foram as imagens que selecionamos para essa publicação.

A vazante vai mostrando a dimensão do barranco, pois a “terra alta” não alaga, significando que a comunidade não tem o problema de enchente, mas precisa enfrentar a subida do barranco no período da seca, trazendo dificuldades para a remoção das pessoas, como vemos na imagem 04.

Imagem 04. A chegada, a orla do Mocambo no período da vazante, tem essa característica de terras alta.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Nas imagens abaixo (05 e 06), vemos as duas perspectivas do olhar, uma subindo o barranco e outra descendo.

Imagens 05 e 06. A visão do barranco sob as perspectivas de chegar e sair.



Fonte: Arquivo PPSUS, 2019.

O porto principal do Mocambo é um lugar importante porque leva e traz pessoas e produtos. A imagem 07 sintetiza os principais modelos de meios de transporte fluvial do interior do Amazonas: canoas de madeira (podem ser utilizado remo ou motor rabeta, bajaranas (barco alumínio com o motor 5.5hp ou de maior potência que é retirado normalmente pelo dono para evitar furto), barcos de pequeno porte (madeira e normalmente com motor a diesel). Os diferentes tipos de barco também têm finalidades diferentes, pois depende da necessidade e da distância a ser percorrida, que tem uma relação direta com o tempo de deslocamento de um lugar a outro, que pode ser uma casa próxima, uma roça, uma outra comunidade ou a sede do município.

Imagem 07. Porto do Mocambo.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

O transporte sanitário é realizado pela ambulância que possui um motor 60 Hp, significando um tempo de duas horas da comunidade até Parintins, no período em que ainda tem água para sair da comunidade. No momento da foto, está ancorada próximo ao porto, mas que pode ser acionada para o transporte com o experiente piloto e com alguém da equipe para acompanhar o usuário. As histórias de travessia do Rio Amazonas são muitas, principalmente no período de chuvas ou quando há necessidade de fazer o transporte à noite. As histórias dos rios fazem parte das narrativas e das memórias da equipe de saúde.

Imagem 08. Ambulância que atende os casos de urgência e emergência do Distrito do Mocambo a Parintins, em regime de sobreaviso.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Não poderíamos deixar de falar do transporte escolar, algo tão típico da nossa região. Vemos que a adaptação da lancha não foi muito grande, mas serve para o objetivo de buscar e levar as crianças. Observem que o motor é um do tipo 'bajara' pela extensão que prende a hélice, pois facilita o transporte no período de poucas águas (vazante e enchente). As crianças andam abrigadas pela cobertura do sol do meio-dia e sentadas em bancos adaptados, que provavelmente estão fazendo o movimento de retorno para as suas casas.

Imagem 09. Transporte escolar.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Maria Almerinda tem 62 anos e é “nascida e criada” no mocambo. Com um chapéu, feito na comunidade, e um largo sorriso nos contou um pouco da sua vida que parece estar bem ajustada ao lugar de nascimento. Nos encontramos na rua, estava voltando para a sua casa, pois o almoço estava próximo. Nos permitiu alguns instantes para conversar conosco.

Imagem 10. Maria Almerinda, Mocambense.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Imagem 11. Onoreno, Mocambense



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

O Seu Onoreno quando perguntado sobre a autorização para tirar a foto foi logo nos dizendo: “Minha foto pode ir pra qualquer lugar”. Oroneno é pescador e nesse momento estava vendendo os seus peixes para os moradores. Ele estava com um triciclo com uma caixa de isopor com peixes do tipo “Bodó”, que é muito apreciado pela população do Amazonas, principalmente em caldo. No entanto, o Bodó precisa ser comercializado vivo, portanto, os peixes estavam se mexendo na caixa. Mais tarde encontramos ele com a caixa vazia e nos disse rindo que havia vendido todos e que agora estava transportando os filhos para a escola.

Carmen tem 37 anos, nasceu no Mocambo e é professora da Educação Infantil. Estava retornando da Escola com sua sombrinha rosa e uniforme da Escola. Cruzamos com diversos trabalhadores e trabalhadoras da comunidade, todos faziam estavam caminhando ou utilizando uma bicicleta. Apesar das ruas bem pavimentadas não vimos carros circulando. Assim, foi fácil abordar espontaneamente as pessoas nas ruas ou na varanda das suas casas.

Imagem 12. Carmen, professora.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Por fim, vamos falar do trabalho das equipes, principalmente dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS), que são responsáveis pelas visitas domiciliares e com o registro da produção. Assim, selecionamos alguns dos caminhos e trilhas percorridas para o cuidado das pessoas. Na imagem 13 podemos visualizar as trilhas que se formaram para chegar às casas mais afastadas da comunidade. Podemos ver que o verde toma conta do cenário, com capoeira e árvores.

Imagem 13. Caminho da visita domiciliar.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPA, 2019.

Imagem 14. Chegando na casa.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPA, 2019.

Na imagem acima (14) observamos que os ACS fazem as vistas a pé, com a sua identificação e bolsa com os materiais necessários para a visita. Observamos que os pátios das casas são capinados para manter uma área livre próximo da casa, para evitar a entrada de animais peçonhentos. As casas da comunidade são normalmente feitas de madeira com cobertura de telha de fibrocimento.

Imagem 15. Registrando as informações.



Fonte: Arquivo PPSUS/LAHPSA, 2019.

Uma parte do trabalho do ACS é registrar a produção no sistema, que depende de fatores como a energia e a conexão de internet. Assim, todos se reúnem após as visitas para fazer esse registro na Unidade de Saúde, auxiliando uns aos outros nesse processo.

Considerações Finais

A vida e a saúde ribeirinha nos trazem a dimensão da riqueza e diversidade que temos no Sistema Único de Saúde (SUS). Significa dizer que temos muita potência e compromisso das equipes com o trabalho realizado à essa população. Por outro lado, o trabalho no território líquido traz desafios para se pensar modelos tecnoassistenciais que possam dialogar com as características do lugar. Vimos e mostramos algumas coisas, mas isso não encerra da riqueza e a multiplicidade da vida do lugar. Significa dizer que temos o dever de desenvolver outros modos de compreender o território, para criar estratégias que possam apoiar as potencialidades locais, como as plantas medicinais, o saber tradicional das parteiras e dos curandeiros para que o cuidado aconteça na sua integralidade.

Apresentar o lugar, as pessoas, os caminhos e o trabalho através de imagens foi uma forma de aproximação desse território e também um modo de sermos solidários com a vida dessas pessoas, para que possamos ser intérpretes do lugar para o mundo da gestão, do trabalho e da formação. Isso demonstra que a abordagem do *photovoice*, como uma metodologia participativa e qualitativa, nos ajudam no pensamento e na mobilização para responder às necessidades, ou seja, estar junto nas lutas por mudanças na qualidade de vida e de saúde.

Vimos que as águas não são somente as estradas e os caminhos, senão fazem parte da vida e das memórias das pessoas. O pulsar das águas acompanha a dinâmica do viver e dos modos colocar em prática as políticas públicas. Isso nos aproxima das vidas das pessoas e dos trabalhadores que acompanham o ciclo dos dias e das águas com a disposição de contribuir com a qualidade de vida dos moradores.

Referências

Leal C.C G; Gomes-Sponholz F.A; Mamede F.V; Silva M.A.I; Oliveira N.T.B; Leite A.M. (2018). **Photovoice: experiência do método em pesquisa com mães adolescentes**. Escola Anna Nery 22(3).

Oliffe, J.L; Bottorff J.L; Kelly M; Halpin, M. (2008). Analyzing Participant Produced Photographs from an Ethnographic Study of Fatherhood and Smoking. **Research in Nursing & Health**, 31, 529-539

Portela, A.P.D.C. (2017). **O território e as Redes Vivas de Saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

Santos, M.A.F; Lopes M.A.P; Botelho, M.A.R. (2018). **O photovoice como método de recolha de dados: o poder das imagens**. <https://www.webqda.net/o-photovoice-como-metodo-de-recolha-de-dados-o-poder-das-imagens/#:~:text=O%20Photovoice%20revelou%2Dse%20um,o%20seu%20envolvimento%20e%20empoderamento.>

Souza, C.D.F.D; Albuquerque, D.D.A.R.D; Moraes, B.Q.S.D; Ferreira, R.J.S; Silva Junior, A.G.D; Quirino, T.R.L & Machado, M.F. (2019). Formas de viver anônimas de um presídio abandonado: marcas de uma sociedade morta. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**.

Wagley, C. (1988). **Uma Comunidade Amazônica: estudo do homem nos trópicos**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: USP.

Wang, C. & Burris, M. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Education & Behavior**, 24 (3): 369-387.

Saúde Bucal: da prevenção à promoção para uma Parintins sorridente

06

*Sonaira Serrão Castro Ribeiro
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Rodrigo Tobias de Sousa Lima*

Introdução

A cobertura da atenção básica na região amazônica expandiu consideravelmente nesses últimos 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde (Lima et al., 2021). Isso ocorreu principalmente com o advento das unidades básicas fluviais e suas equipes ribeirinhas e fluviais reconhecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (Kadri et al., 2019;). Inserido no contexto das equipes de saúde, os profissionais da saúde bucal realizam um trabalho especializado importante no cuidado diferenciado e humanizado junto aos ribeirinhos na Amazônia, que necessitam ser mais bem evidenciados na literatura científica.

O objetivo deste capítulo consistiu em desvelar os feitos na promoção da saúde e na assistência odontológica realizados no campo multidisciplinar da atenção básica do município de Parintins, Amazonas, observando os avanços na política de saúde bucal e as particularidades das formas de ofertar saúde em região ribeirinha na Amazônia. Para isso, o presente trabalho foi composto por um arcabouço teórico sobre a Política Nacional de Saúde Bucal e como essa política é aplicada num território específico da região do Baixo Rio Amazonas, bem como uma outra parte que trata das especificidades da saúde bucal das famílias e ações de promoção de saúde vinculadas. Foi utilizado ainda como fontes de informação, os dados do Sistema e-SUS para a produção ambulatorial e dados epidemiológicos e, como evidências das ações colaborativas de cuidado em saúde, as imagens para apresentar as ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

O SUS e Política Nacional de Saúde Bucal

A história da reforma sanitária brasileira que desencadeou a formulação do maior sistema universal do mundo tem repercussões diretas na construção da política nacional de saúde bucal.

A Reforma Sanitária Brasileira buscava a instauração no Brasil de um sistema

nacional de saúde unificado, de acesso universal. A construção de um sistema que reconhecesse a saúde como um direito social e pondo fim à dicotomização “saúde pública X saúde previdenciária” (Narvai, 2003). O movimento pela saúde cidadã se articulou no período mais duro da ditadura militar, na primeira metade dos anos 1970, em que vigorava o processo de crescente privatização das ações e serviços de saúde, impulsionando o setor previdenciário (Mello, Frazão, Jamelli, 2006; Landmann, 1983). Mesmo assim, a reforma conseguiu articular diferentes segmentos sociais em tomo de um conjunto de proposições pela “democratização da saúde e da sociedade” que defendia as ideias de descentralização das ações de saúde para autonomia dos municípios; da universalização do acesso (que ultrapassava a condição de trabalhador de carteira assinada para se ter acesso a saúde) e do controle social ou com participação popular (Narvai, Frazão, 2008).

Propostas essas que levaram a realizar a expoente conferência nacional de saúde de 1986 realizada em Brasília. As deliberações acolhidas nesta conferência tiveram acolhida favorável pelos parlamentares eleitos para a Assembleia Nacional Constituinte. Instância essa que promulgou a constituição de 1988 e consagrou, nos artigos 196 a 198, a ideia de que saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão, a ideia de um sistema universal de saúde que fosse único para todos; a ideia da gestão descentralizada do SUS com comando único; a ideia da integralidade das ações com priorização das ações preventivas e de promoção a saúde; a ideia de participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (Narvai, Frazão, 2008). Se instaura na Carta Magna, o Sistema Único de Saúde, cuja regulamentação veio em 1990.

A inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por conflitos desde a criação do sistema. A I Conferência Nacional de Saúde Bucal também foi realizada em 1986 e, apesar de terem proposto claramente a inserção da saúde bucal no SUS, por meio de um programa nacional que respeitasse os pressupostos da equidade, integralidade, universalidade do sistema, os governos que se sucederam desde então, não acataram a deliberação. No governo federal, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o uso de Selantes e Flúor (PNCCSF) entre 1988 e 1989, e as ações se restringiam à fluoretação das águas de abastecimento, condutas terapêuticas orientadas e não havia uma resposta adequada às necessidades de saúde da população brasileira (Narvai, Antunes, 2010).

No governo do Presidente Fernando Collor, a saúde bucal encontra perspectivas de evolução em suas ações programáticas. O novo governo implantou sua política nacional no documento intitulado “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – A saúde do Brasil Novo” que explicitou um programa para a saúde bucal ainda incipiente. Neste documento, apresentava-se metas para câncer de orofaringe (de 80% para 40% no diagnóstico tardio e diminuição de 30% da mortalidade por câncer bucal), cárie (redução do índice de dentes cariados, perdidos e obturados – CPOD de 6,7 para 4,3 para crianças de até 12 anos de idade) e doença periodontal (redução de 50% do número de crianças em idade escolar atingidas por doença periodontal) e respectivas atividades para serem alcançadas (Brasil, 1990). Nessa época foi criada uma coordenação de saúde bucal no Ministério

da Saúde e aprovada portaria que criou os “procedimentos coletivos de saúde bucal na tabela de procedimentos do sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), que incorporou no rol de procedimentos ações de prevenção das doenças orais de caráter educativo e de proteção específica a saúde bucal, por meio da aplicação de bochechos com flúor e escovação dentária supervisionada. Tais ações portanto, estavam credenciadas pelos municípios a serem financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (Frazão, 1998).

Em 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal com o tema central: “Saúde bucal é direito de cidadania”, marcada por uma expectativa mais alinhada do conceito ampliado de saúde proposto pela Constituição Federal e articulada com a 9ª Conferência Nacional de Saúde (Pires-Filho, 2004). Nesta conferência de saúde bucal, foi aprovada diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país e indicando características de um novo modelo de atenção em saúde bucal e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e controle social por meio de conselho de saúde. Ainda assim, foram poucos os avanços da política nacional entre os anos de 1994-2001.

O acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pelos serviços públicos fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (Brasil, 2004). Em 2002, O Brasil elegeu um presidente oriundo das forças políticas de oposição ao governo anterior. Essa mudança colocou em outro patamar os princípios da Reforma Sanitária e do ideário do SUS, e possibilitou a redefinição da Política Nacional de Saúde Bucal e a instituição do Programa Brasil Sorridente.

Em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente. Esta política constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros como política adjunta e fundamental para fortalecer a atenção primária em saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (Calado, 2002). Este Programa visou a saúde geral e integral, gerando qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004).

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal - eSB - na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (Brasil, 2004). O município de Parintins implantou

os serviços de CEO e LRPD, faltando a implantação da adição do flúor na rede de distribuição de água.

Conhecendo a Saúde Bucal no município de Parintins

Parintins é um município do estado do Amazonas, com sede na ilha de Tupinambarana, ilha que foi descoberta durante as viagens exploratórias da Coroa Portuguesa em 1796. A região era habitada pelos índios Tupinambá (que deu nome à ilha) e pelas tribos Sapupé, Peruviana, Mundurucu, Mawe e Parintins. Em 1803, houve a instalação da primeira missão religiosa, a missão Vila Nova da Rainha (Oliveira, 2006). A população estimada pelo IBGE em 2007 foi de 102.044 habitantes, sendo o segundo município em porte populacional do estado e que representa 3,16 % da população do Estado e a segundo município mais populoso (Amazonas, 2008). No ano de 2010, apresentou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,658, considerada com médio desenvolvimento humano e ocupa no estado uma situação classificada como boa, sendo o 2º maior IDH (PNUD, 2010).

O serviço de saúde do município tem a Atenção Básica como a porta preferencial de acesso através da Estratégia Saúde da Família, com 29 Equipes, sendo que 11 são com Equipes de Saúde Bucal. Ainda possuía 04 Núcleos Ampliados da Estratégia Saúde da Família, que foram desativadas pelo desfinanciamento do Ministério da Saúde.

As equipes estão distribuídas em 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 UBS na zona Urbana e 5 UBS na Zona Rural (Parintins, 2018, 2019). Na área especializada de odontologia, o município conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ofertando serviços nas especialidades: Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Dentística e Prótese Dentária (Parintins, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) possui, em 2020, profissionais de saúde bucal lotados nas Unidades de saúde da zona urbana e rural, incluindo o Odontomóvel¹⁴ e a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)¹⁵. O serviço possui 20 odontólogos e 11 Técnicos em Saúde Bucal (TSB), atuando em conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família e outros como atendimento assistencial. Os profissionais também atuam nas ações de prevenção no Programa Saúde na Escola (PSE) e em campanhas específicas de promoção da saúde bucal.

A Atenção Básica oferta diversos serviços diários à população, tais como: exodontias (extração), restauração (obturação), profilaxia (limpeza), avaliação e orientação. São disponibilizadas todos os dias dezesseis fichas para atendimento odontológico por Unidade de Saúde, sendo oito no período da manhã e oito

14 - Veículo adaptado com cadeira odontológica e compressor para oferecer atendimento odontológico para os bairros da área urbana e outras Comunidades Rurais que têm acesso por Balsa e estradas.

15 - Embarcação construída especificamente oferecer atenção à saúde para a população ribeirinha. A UBSF é um modelo technoassistencial que dialoga com as características do território da Amazônia e do Pantanal mato-grossense.

à tarde, ainda são reservadas duas fichas para as possíveis urgências para cada período, totalizando até vinte atendimentos diários.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tem 08 odontólogos e 06 Técnicas em Saúde Bucal (TSB). No centro, são ofertados serviços de média complexidade, como: cirurgia oral menor, confecção de prótese, tratamento de canal, periodontia, prevenção ao câncer de boca, dentre outros. Oferta ainda serviço exclusivo para idosos e pessoas com deficiência. O Hospital Jofre Cohen possui serviço de urgência e emergência 24h e serviços de cirurgias para pacientes especiais. Os profissionais que atuam nesse serviço são contratados pela Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM) e pela Secretaria de Saúde de Parintins (Parintins, 2019).

Saúde bucal ribeirinha: dos dados epidemiológicos às ações de promoção de saúde

Em estudos epidemiológicos em saúde bucal, o Brasil tem melhorado suas condições de saúde, porém ainda há muitas desigualdades regionais que expressam iniquidades sociais relevantes. As regiões Sudeste e Sul foram as que apresentam melhores indicadores, ao passo que as regiões norte e nordeste ainda apresentam os piores padrões de saúde bucal no Brasil, o que indica a necessidade de políticas de equidade na atenção (Roncalli et al., 2012). Em adultos e idosos, a média de raízes cariadas na Região Norte foi aproximadamente o dobro da verificada na Região Sudeste (Brasil, 2012).

Desde a década de 1990, foi percebida a melhoria no acesso da população aos dentifrícios fluoretados, a educação em saúde e a atuação no âmbito da assistência odontológica de qualidade. No Amazonas, o índice de CPOD, que refere ao número de dentes cariados, perdidos e/ou restaurados, apresentou declínio entre estudos nacionais, o que confere que as ações governamentais, em pequena medida, têm causado efeito no processo de oferta de serviços odontológicos para a população em tempo necessário. Especialmente em Parintins que apresentava um CPOD igual a 4,84 em 2003 e em 2010 apresentou 3,10 (Brasil, 2012), o que confere uma melhoria significativa. Segundo Herkrath e colaboradores (2013) que estudaram o desempenho dos centros de especialidades odontológicas, a atenção secundária em saúde bucal no estado do Amazonas não apresentou um desempenho satisfatório, no período estudado, quanto ao cumprimento das metas de produção ambulatorial, sendo que os estabelecimentos de Parintins apresentaram os melhores desempenhos. Na atenção básica também não é diferente.

O número de atendimentos de saúde bucal na Atenção Básica é crescente. O comparativo do número de atendimento dos últimos 4 anos apresenta um acréscimo de 49,56 por cento, saindo de 6.537 atendimentos em 2016 para 13.182 em 2019. O aumento de equipes de saúde bucal no município foi o principal motivo para um crescimento tão expressivo nos atendimentos. Inúmeros são os motivos pelo qual o usuário procura o serviço de odontologia, o mais prevalente é a "dor de dente", se considerada somente a queixa informada (tabela 01).

Tabela 01. Motivo de procura dos serviços, Parintins, Amazonas, 2016-2019.

Principal Motivo pela procura do serviço	2016	2017	2018	2019
Abscesso Dento Alveolar	42	77	135	179
Alterações em tecidos moles	57	64	187	242
Dor de dente	3.677	7.223	7.380	6.871
Fendas ou Fissuras Labiopalatais	3	9	19	4
Fluorose Moderada ou Severa	0	3	9	2
Traumatismo Dentoalveolar	121	13	30	16
Não identificado	2.695	5.179	6.235	6.212

Fonte: e-Sus, março de 2020.

Após a análise o atendimento inicial, realizado na Atenção Básica, se necessário, o usuário é encaminhado para o serviço especializado. No período estudado, foram realizados 46.322 encaminhamentos, principalmente de Endodontia, Periodontia, Prótese e Cirurgia (tabela 02). Contudo, ainda precisamos avançar na qualidade das informações, os dados das tabelas 01 e 02 revelam que metade das informações estão sem especificação.

Tabela 02. Tipo de Encaminhamento odontológico, Parintins, Amazonas, 2016-2019.

Tipo de Encaminhamento	2016	2017	2018	2019
Atendimento Especializado	4	20	25	16
Cirurgia	92	108	152	197
Endodontia	541	108	152	197
Estomatologia	0	3	2	7
Implante	0	0	0	0
Odontopediatria	34	0	1	0
Ortodontia	3	3	1	1
Periodontia	251	475	360	509
Prótese	212	285	386	380
Radio	99	196	254	249
Outros	167	539	1388	2412
Não Informado	5249	10094	10882	9155

Fonte: e-Sus, março de 2020.

Em relação aos procedimentos realizados, verificamos um acréscimo de aproximadamente 50 por cento (27.156) em 2019 em comparação aos 13.548 de 2016. Dentre os principais procedimentos estão a Orientação da escovação (28 por cento), a Exodontia (22), o curativo e o capeamento (12 por cento cada).

A saúde tem determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, não é simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos. De fato, existe uma forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu estado de saúde. As ações de promoção da saúde devem ser condizentes com a realidade em que vivemos, devem ser orientadas para a busca de uma melhor qualidade da vida individual e coletiva (Almeida et al., 2019).

Embora o número de atendimentos no município de Parintins seja bem expressivo, também são realizadas ações de promoção e prevenção a saúde bucal. Descreveremos, com uso de imagens, as ações da promoção e prevenção da I Semana de Odontologia de Parintins e as ações do PSE. Na imagem 01 temos um local preparado na recepção de uma unidade para a realização das orientações em saúde bucal, técnicas de escovação e uso do fio dental. Durante as ações da Semana de Odontologia foram distribuídos kits de higiene bucal que são compostos por escova, creme e fio dental.

Imagem 01. Painel para orientação em saúde bucal. UBS Darlinda Ribeiro, Parintins, Amazonas.



Fonte: Arquivo CSB, 2019.

As orientações em saúde bucal são realizadas de acordo com a faixa etária presente nas ações. Trabalhamos com músicas, brincadeiras para dinamizar a orientação. Na imagem 02 a equipe de Saúde Bucal da Unidade Darlinda Ribeiro optou em trabalhar a orientação com a participação de palhaços que primeiramente animaram as crianças e os presentes. Depois os odontólogos fizeram as orientações de saúde bucal, interagiram com perguntas e dinâmicas com as crianças e pais presentes. Na imagem 03 vemos a participação de uma Agente Comunitário de Saúde (ACS) que se fantasiou de dente, tornando a ação mais animada e divertida. Orientação de saúde bucal, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor faz parte das ações do PSE. A imagem 04 traz a ação realizada na Escola Municipal Lila Maia. Nas imagens 05, 06 temos ações das UBS Mãe Palmira e Waldir Viana, que realizaram uma peça teatral para levar a informação e a orientação de saúde bucal.

Imagem 02. Participação de grupo de palhaços, Parintins, Amazonas.



Fonte: Arquivo CSB, 2019.

Imagem 03. Agente Comunitário de Saúde fantasiado de dente.



Fonte: Arquivo CSB, 2019.

Imagem 04. Escovação Supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor, Parintins, Amazonas.



Fonte: Arquivo CSB, 2019.

Imagem 05. Peça teatral desenvolvida por profissionais de saúde da estratégia saúde da família.



Fonte: Arquivo CSB, 2019.

Imagem 06. Peça teatral – criança com dor de dente.

Fonte: Arquivo CSB, 2019.

A gestante pertence a um grupo de atendimento prioritário na atenção primária, o que já justificaria ter seu atendimento odontológico priorizado. Durante a gravidez, é frequente o aumento dos problemas gengivais, com maior gravidade das gengivites e aumento do sangramento gengival, alterações estas relacionadas a deficiências nutricionais, placa bacteriana, altos níveis hormonais e estado transitório de imunodepressão (Gomes et al., 2019). Na imagem 07 podemos ver o encontro com as grávidas da UBS Francisco Galianni, onde foi realizado orientação sobre a saúde bucal, a importância de procurar pelo dentista e que a grávida pode fazer o tratamento odontológico.

Imagem 07: Encontro com as grávidas.

Fonte: Arquivo CSB, 2019.

O centro de especialidades odontológicas oferece serviço especializado, mas não poderia ficar de fora das ações de promoção e prevenção a saúde bucal. Os odontólogos também realizam orientações sobre cárie, higiene bucal, uso e cuidados com as próteses. Na imagem 08 podemos ver a orientação das técnicas em saúde bucal sobre o uso do fio dental.

Imagem 08: Orientação sobre o uso do fio dental.



Fonte: Arquivo CSB, 2019.

Considerações Finais

Para muitos cuidar dos dentes é sinônimo de medo. Cuidar da saúde bucal não é apenas restaurar, extrair, fazer uma limpeza ou encaminhar para um tratamento odontológico especializado, vai além, é devolver a autoestima das pessoas e fazê-las sorrir, é dar através do tratamento a saúde da boca.

A odontologia no SUS tem muitos desafios, pois a população apresenta um alto índice de cárie, muitos usuários só procuram o serviço ao apresentar dor e quando tem a resolução do quadro agudo não buscam por um tratamento completo. Outro desafio é conseguir atender a demanda que procura pelo serviço, visto que esse número é grande devido aos agravos de saúde bucal. As equipes ainda têm como desafio trabalhar a parte de promoção e prevenção a saúde bucal e alcançar resultados satisfatórios, pois ainda há uma cultura antiga que tratamento de canal não é bom, que grávida não pode fazer tratamento, que os dentes de leite podem

ser perdidos, pois irão nascer outros permanentes. Com muito empenho isso tem mudado, mas é claro que ainda é preciso conscientizar ainda mais a população.

Pelos números apresentados e a descrição das atividades no município podemos ver que muito é feito, que há atendimento à população, que a Odontologia no âmbito do SUS, tem sido realizada, que diariamente o usuário conta com o serviço nas unidades de saúde. As dificuldades e desafios existem, mas a Odontologia em Parintins tem caminhado, avançado e oferecido um serviço de qualidade os usuários.

Referências

Almeida J.R.S, Lima M.C.F; Castro, C, Praxedes, C.E.S; Amaral M.E.S. & Souza, R.M.R.B. (2019). Espaço de promoção da saúde na graduação em Odontologia: (re)significando saberes e práticas na produção do cuidado. **Revista da ABENO**. 19(2):127-134.

Amazonas. (2008). Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento e Econômico. **Cidade de Parintins**. [http:// www.seplan.am.gov](http://www.seplan.am.gov).

Antunes, J.L.F. & Narvai, P. C. (2010). Políticas de saúde bucal do Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-5.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (1990). Ministério da Saúde. **Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995** – A saúde do Brasil Novo. Brasília: Ministério da Saúde.

Calado, G.S. (2002). **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

Frazão, P. (1998). Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: Botazzo, C.; Freitas, S.F.T. (Orgs). **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**. Bauru-São Paulo: EDUSC-EDUNESP.

Gomes, M.N.A; Santos L.K.O; Matos, M.A.B; Lopes, P.R.R; Chomatas, E.R.V; Barra, R.P. & Medeiros, E.B. (2019). **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde.

Herkrath, F.J; Herkrath, A.P.C.Q; Costa, L.N.B.S. & Gonçalves, M.J.F. (2013). Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde em Debate**, 37(96), 148-158.

Kadri, M.R; Santos, B.S; Lima, R.T.S; Schweickardt, J.C; & Martins, F.M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 23, e180613. Epub August 01.

Landmann, J. (1983). **Medicina não é saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Lima, R.T.S; Fernandes, T.G; Martins, P.J; Portela, C.S; Santos Junior, J.D.O; Schweickardt, J.C. (2021). "Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas". **Ciência Saúde Coletiva**. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-em-vista-uma-analise-da-atencao-primaria-a-saude-em-areas-ribeirinhas-e-rurais-amazonicas/17943?id=17943>.

Melo, M; Frazão, P; Jamelli, S. (2006). Saúde bucal e doenças crônicas não transmissíveis: determinantes e fatores de risco que exigem ação articulada no contexto de construção do sistema de vigilância à saúde. In: Reese, E. (Orgs). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Universitária UFPE.

Narvai, P; Frazão, P. (2008). Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: Moysés, S.; Kriger, L. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas. Narvai, P.C. (2003). Saúde: governo transgênero? **Revista ADUSP**. v.29, p.28-33.

Oliveira, J.A. (2006). A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. **Ciência e Cultura**. v.58.p. 27-29.

Parintins. (2018). Prefeitura Municipal de Parintins, Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório de gestão**.

PNUD. (2010). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano**.

Parintins. (2017). Prefeitura Municipal de Parintins, Secretaria Municipal de Saúde, Lei nº 678/2017. **Plano Municipal de Saúde, vigência 2018-2021**.

Parintins. (2019). Prefeitura Municipal de Parintins. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão**.

Roncalli, A.G. et al. (2012). Aspectos metodológicos do Projeto SBBrazil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 28(Suppl.), s40-s57.

Saúde mental no Baixo Rio Amazonas: as perspectivas do cuidado no município de Parintins, Amazonas

07

*Gladson Rosas Hauradou
Elaine Pires Soares
Mireille Soares de Miranda
Tainá Abecassis Teixeira
Yêda Azevedo das Chagas
Glenda Patricia da Silva Vieira
Doricy Ribeiro de Souza
Saturnino Silva de Souza Neto*

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo evidenciar as potencialidades do cuidado em saúde mental ofertado pelo Centro de Atenção Psicossocial Adolfo Lourido (CAPS II), localizado no município de Parintins/Am. Considerando o quantitativo de atendimento ofertado/realizado em relação à estrutura disponibilizada conforme habilitação do referido centro à luz da Política Nacional de Saúde Mental instituída pela Lei n. 10216/01. O período utilizado nesta abordagem compreende o ano de 2019, contudo, traremos dados relacionados aos anos anteriores, sobretudo, concernentes ao início das atividades do CAPS no município, em 2005.

O CAPS II conta com uma equipe multiprofissional para trabalhar com pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, dentre suas atividades presta serviços com consulta médica, enfermagem, psicoterapia, serviço social, assistência medicamentosa gratuita, terapias ocupacionais, alimentação, transporte, auxílio à família, atende também usuários de álcool e outras drogas.

Nesse contexto, o CAPS II configura-se atualmente como um serviço de referência para a Atenção à Saúde Mental na região do Baixo Amazonas. Segue como equipamento e estratégia fundamental na articulação da rede assistencial em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, responsabilizando-se pela atenção às pessoas com transtorno mental, estejam elas psiquicamente estáveis ou em situação de crise.

Para a realização da análise documental, lançou-se mão do Relatório de Gestão do CAPS II relativo ao ano de 2019 contextualizando-se com as atividades desenvolvidas no CAPS II no ano de sua implantação em 2005. Utilizamos também a legislação vigente sobre a Política de Saúde Mental, produções teóricas afeitas ao tema, Projeto de Extensão no campo da Saúde Mental, desenvolvido no Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas - UFAM/Campus de Parintins e os registros orais de servidores do referido centro.

Considerações sobre a Política Nacional de Saúde Mental

A saúde mental foi entendida, por muito tempo, como “*caso de polícia*” e tratada de acordo com o modelo médico-curativo. O transtorno mental era considerado uma anomalia social. A pessoa com este diagnóstico era tratada em instituições que tinham como princípio terapêutico o isolamento. Assim, aqueles que não agiam em conformidade com a sociedade e seu padrão de “normalidade”, eram vistos como “*loucos*” e “*desajustados*”, portanto, afastados do convívio social.

No Brasil, especificamente, os movimentos de crítica à instituição manicomial se dão a partir da década de 1980, com o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Não bastava humanizar os hospitais, melhorar o ambiente ou ampliar o número de profissionais destas instituições, era preciso algo que se manifestava e ainda se manifesta desafiador – trazer a pessoa com transtorno mental de volta ao convívio social, sem trancafiá-lo com maus tratos e humilhações. Por esta razão, os hospitais psiquiátricos foram sendo paulatinamente substituídos por serviços de caráter extra-hospitalar como o CAPS.

É com a instituição da Lei n. 10.216/01 que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que a atenção ao segmento social se configura como política pública. Portanto, foi instituído o direito de cidadania e dever do Estado como previsto na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

O SUS alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2006).

Inserida nesse sistema, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, garante a

livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (Brasil, 2020).

Acerca da Política de Saúde, Barros (2001, p. 03) afirma que:

[...] a Lei n. 10216/01 derogou o código penal e a lei de execução penal no que tange à medida de segurança (tratando-se de lei especial posterior que cuida do mesmo tema prevalece sobre a lei geral anterior, no que for com ela incompatível. A lei 10216/01 estabelece três tipos de internação: voluntária, involuntária, a pedido de familiar ou responsável legal, desde que laudo psiquiátrico - que não pode ser substituído por determinação judicial - indique sua necessidade e compulsória - determinada pela justiça, ou seja a medida de segurança - outra não há. E mais, a Lei 10.216/2001 estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será autorizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos.

Com isso, o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, em grande parte, se tornou responsabilidade do grupo familiar. Esta é a primeira instituição que socializa, protege e proporciona referências para o sujeito, na qual ele aprende os valores que repercutirão na sua relação com o mundo (Hauradou, Teixeira e Chagas, 2013).

A presença de sofrimento mental em um ou mais membros da família pode gerar medo, preconceito, mudanças na rotina e nos costumes, necessidade de adaptação às situações provocadas pelo quadro clínico, e sobrecarga ao cuidador. Diante desse contexto, os serviços de atenção à saúde mental devem oferecer suporte psicossocial não somente para o usuário, mas também para seus familiares, sendo uma premissa para a reabilitação psicossocial (Borba, Schwartz e Kantorski, 2008). Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS (ou Núcleos de Atenção Psicossocial) configuram-se como um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Trata-se de um lugar de referência e tratamento para pessoas que apresentem quadros de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais manifestações congêneres, cuja situação justifiquem a permanência dessas pessoas num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Ademais, os CAPS:

São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe

multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios) (Brasil, 2020, s/p).

O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi primeiro CAPS do Brasil. Sua inauguração ocorreu em março de 1986, na cidade de São Paulo, o CAPS da Rua Itapeva, como era conhecido. O surgimento deste CAPS, assim como dos demais com outros nomes e em outros lugares, é expressão da intensidade do movimento social. Inicialmente o movimento era dos trabalhadores de saúde mental, mas logo outros segmentos da sociedade e usuários se associaram para a melhoria da atenção psicossocial e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, pois ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (Brasil, 2004).

Com o surgimento da Política Nacional de Saúde Mental evidenciou-se uma mudança paradigmática do cuidado em saúde do segmento das pessoas com transtornos mentais em diversos quadrantes do país dada a necessidade de revisão do modelo hospitalocêntrico, ainda que com limitações, para a atenção mediada por “uma rede integralizada” (Almeida, 2019). “Os progressos verificados no processo de desinstitucionalização foram muito significativos. Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014” (Almeida, 2019, p. 03). Processo este que se deu de forma planejada e progressiva.

Apesar do histórico de avanços no campo da saúde mental no Brasil e a qualidade reverenciada no exterior como país que propiciara a construção de uma política de atenção às pessoas com transtornos mentais na perspectiva dos direitos humanos, a partir de 2016, houve o estabelecimento de restrições.

Muitas das publicações identificadas [sobre o desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Brasil] por meio da revisão aqui citada anteriormente apontam várias insuficiências na implementação do novo sistema de atenção e sublinham a necessidade de se repensar algumas das estratégias seguidas. No entanto, verifica-se a existência de um larguíssimo consenso quanto aos fundamentos, principais objetivos e resultados da política de saúde mental desenvolvida até 2016 (Almeida, 2019, p. 01, grifos nossos).

A partir de 2016 vivencia-se um reordenamento relativo às políticas públicas, e neste particular da Política de Saúde Mental, decorrente da conjuntura política instalada no país e, mais recentemente, com a publicação da Nota Técnica no 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS e de sua tendência à institucionalização da

atenção à Saúde Mental com restrições ao modelo substitutivo baseado na “*rede integralizada*” e de seu aceno ao formato hospitalocêntrico. Esse reordenamento, assinalado por Almeida (2019), apresenta-se como retrocesso às conquistas no campo da saúde mental no Brasil.

As posições assumidas em nível governamental após 2016 representam um corte com relação a essa perspectiva. Embora os documentos oficiais sobre a estratégia do atual governo sejam escassos e em muitos aspectos contraditórios, tudo leva a crer que a estratégia que se pretende implementar tem objetivos, em muitos pontos, contrários aos da política anterior (Almeida, 2019, p. 02).

A conclusão a que chega Almeida (2019) refere-se à necessidade de se envidar esforços no sentido da retomada dos avanços alcançados com a Lei de Saúde Mental, e sua expressão materializada na Política Nacional de Saúde Mental, considerando-se ainda as “[...] *recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nessa matéria [...]*” (p. 05) como o Plano Global de Saúde Mental da OMS e o relatório da *Lancet Commission* (2013).

Considera-se que a retomada desses avanços pode ser visualizada, com as devidas reservas, nas ações e serviços realizadas no cotidiano profissional de distintos trabalhadores e trabalhadoras da Saúde Mental nos diversos estabelecimentos de saúde Brasil a fora.

Os CAPS apresentam-se como espaços privilegiados para a concretização desses avanços. Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS apresentam-se nas seguintes modalidades:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes

inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (Brasil, 2020).

Como se pode ver, apesar de se apresentarem avanços significativos no campo da Saúde Mental, algumas restrições se fizeram presente em seu processo de implementação, sobretudo a partir de 2016. Todavia, a estrutura da Política Nacional de Saúde Mental tem os CAPS em sua conformação enquanto estabelecimentos permanentes do cuidado em saúde mental segundo a capacidade instalada e os critérios definidos pela política.

É o caso do CAPS II - Adolfo Lourido, primeiro CAPS do Estado do Amazonas (Navarro, 2015). Instituição responsável pela oferta de bens e serviços em Saúde Mental em Parintins como veremos a seguir.

Contextualização da Atenção à Saúde Mental em Parintins

Parintins possui 114.832 habitantes, conforme estimativa do IBGE (2010) com densidade demográfica de 17,86 hab. / km². Está localizada na mesorregião do Baixo Amazonas, dista da Capital do Estado 369 km em linha reta e 420 km via fluvial. A área territorial do município é de 6.004,9 km². Limita-se com os municípios de Urucurituba, Nhamundá e Barreirinha e com o Estado do Pará.

A atenção em Saúde Mental em Parintins, enquanto política pública, somente passará a ser uma realidade a partir dos anos 2000. Antes da implantação do primeiro CAPS do Estado do Amazonas, existia apenas um Hospital Psiquiátrico, o Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro localizado em Manaus, capital do Estado. O hospital oferecia 125 leitos psiquiátricos, em meados dos anos 2000, expressando insuficiência em relação ao número de demanda tanto da capital, quanto do interior do Estado.

Destaca-se que esse quantitativo reduzido de leitos é expressão do modelo substitutivo de atenção em saúde mental. Conforme Navarro (2015, p. 55)

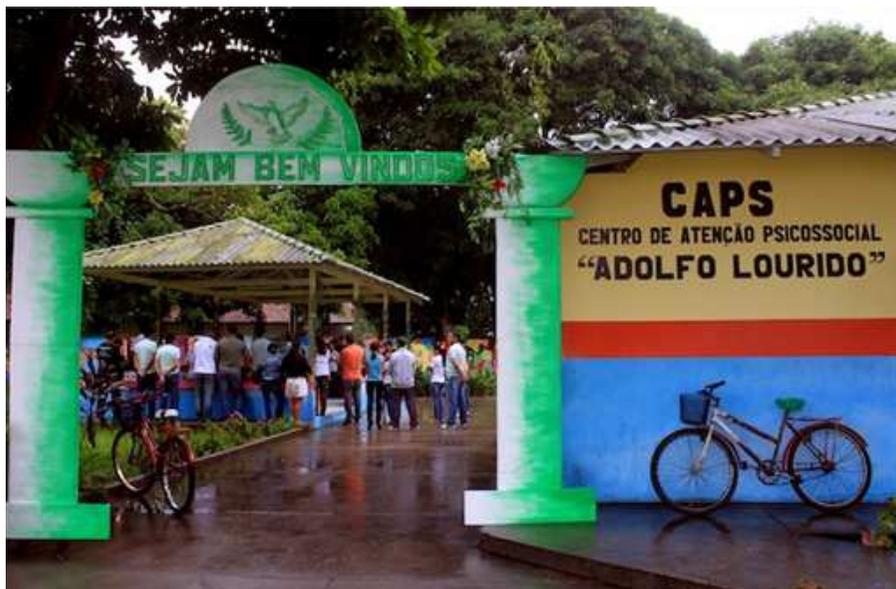
A redução dos leitos psiquiátricos se deu a partir da iniciativa da nova direção do Centro Psiquiátrico em fazer busca ativa dos familiares de pacientes de longa permanência através do Serviço Social. Tudo isso colocava o Amazonas em consonância com o movimento nacional e muitas vezes, o colocava em destaque. Segundo um dos entrevistados: “Para você ter uma ideia, fizemos um trabalho intenso do Serviço Social de localização de famílias de pacientes. Dos 225 pacientes reduzimos para 125 a partir da localização das famílias que vieram buscar os pacientes” (Ator D).

Todavia, a situação das pessoas que necessitavam de atenção em saúde mental em Parintins era reveladora de um quadro de abandono. *“As pessoas ficavam perambulando pelas ruas. Dizia-se que se tratava de castigo de Deus. Eram pessoas conhecidas como ‘Lolina, João de Breu, Adolfo Lourido ...’* (Informação verbal, Auxiliar Administrativo, agosto de 2020).

Nesse contexto, a Atenção à Saúde Mental configurou-se como uma das prioridades a serem enfrentadas, o que demandou a elaboração do Projeto para atender os potenciais usuários de forma integral.

Embasados nas Portarias nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e Portaria nº 189, de 20 de março de 2002, trabalhou-se para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial. O espaço incluía a atenção aos usuários e familiares com o objetivo da reinserção na sociedade no sentido da ampliação da oportunidade de “resgatar” sua dignidade através da “inclusão social”. A implantação do CAPS II em Parintins no mês de novembro de 2005 foi uma conquista consolidada por meio da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Imagem 01. CAPS II - Adolfo Lourido.



Fonte: Sicsú, 2016.

Desde sua implantação, o Centro de Atenção Psicossocial Adolfo Lourido - CAPS II configura-se como o serviço de referência para a Atenção à Saúde Mental. O CAPS II recebeu este nome em homenagem ao poeta e compositor Adolfo Lourido, parintinense filho de um missionário espanhol que se apaixonou por uma

nativa da comunidade do Maranhão-Rio Uaicurapá. Lourido nasceu em 1896 na referida comunidade, herdando em maior proporção os genes paternos, de pele e olhos claros. Estudou até o 3º ano primário, e provavelmente Adolfo Lourido tenha aprendido a tocar violão frequentando o Conservatório de Música de Santarém, pois compôs uma série de canções ao mesmo tempo que trabalhava duro na pequena plantação de frutas e hortaliças. Foi a partir dos anos 1950, que as canções de Lourido passaram a ser ouvidas na sede do município de Parintins, através de um sistema de alto falantes (Voz da Francesa). O paletó e a gravata e sua prosaica sandália havaiana eram características marcantes do boêmio. Algumas vezes parecia estar possuído pelo espírito de Zé Limeira, o “poeta do absurdo”.

Quando se mudou definitivamente para Parintins, no início dos anos 1970, para morar na casa do irmão Zé Lourido, Adolfo começou a entrar em fase de recolhimento, mais pungente e melancólica. Nessa época Pedrinho Ribeiro começou a travar um contato mais direto com o poeta. Pedrinho relata que a obra que Lourido deixou não teve até hoje a divulgação que fizesse justiça à sua grandeza de poeta e compositor. Sua obra foi transformada em matéria extracurricular da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) por iniciativa dos estudantes e professores do Projeto Rondon, que assistiram à peça de Pedrinho Ribeiro e ficaram comovidos. O poeta Adolfo Lourido morreu em 1979, aos 83 anos de idade de causa naturais e foi enterrado em Parintins. Para perpetuar a memória do poeta, “batizou-se” o primeiro Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS II com o nome de Adolfo Lourido. Nos cinco anos iniciais de funcionamento o CAPS II atingiu as expectativas de Gestão e Assistência, impactando de forma positiva na Atenção à Saúde Mental (Pessoa, 2017).

Com a implantação do CAPS II, o município passou a contar com uma Equipe Multiprofissional para trabalhar com as pessoas com transtornos mentais, com vistas a promover o cuidado às famílias, dadas as limitações de acesso a serviços dessa natureza, ou seja, controlar e reverter situações críticas de certos transtornos mentais por álcool/drogas e/ou mesmo transtornos mais severos, dentro das metas pactuadas.

No ano de inauguração, em 2005, foram atendidos e cadastrados 27 usuários com transtorno mental. Em 2006, contabilizou-se 107 atendimentos. Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde investiu na qualificação do CAPS, buscando cumprir algumas prioridades: acolher todo e qualquer usuário no momento de sua necessidade; constituir-se como referência terapêutica de usuários e familiares; responder às situações de crises; desenvolver ações no território de referência do serviço (município de Parintins) e de vida do usuário interagindo com os atores envolvidos.

O investimento no protagonismo de usuários e familiares no processo de cuidado está entre os objetivos do CAPS. Em 2007 teve início o processo de Educação Permanente para os profissionais do CAPS e da Atenção Básica, com foco na discussão dos Processos de Cuidado em Saúde.

De janeiro a dezembro de 2007 foram computados 1.135 acolhimentos, com 140 novas inserções no serviço. Com 634

“usuários” inseridos até dezembro de 2007 e cerca de 3 usuários/dia, o serviço já havia atingido o teto de faturamento máximo junto ao Ministério da Saúde. Segundo dados informados pelo CAPS foram realizados aproximadamente 197 mil procedimentos em 7.810 atendimentos a população de Parintins e de outros municípios (Informação verbal, Enfermeira, agosto de 2020).

Ainda em 2007, foram realizados cerca de 186 atendimentos à domicílio destinados ao reconhecimento do contexto de vida e relações do usuário; busca ativa de usuários “faltosos” à medicação assistida; ao atendimento a situações de crise; à mediação de conflitos com familiares e/ou vizinhos e à articulação de recursos da comunidade. Foram realizados, também, atendimentos não programados e demais intervenções no território como acompanhamento terapêutico e constituição de trabalho em rede com desdobramentos nos anos posteriores.

As ações de Atenção à Saúde Mental no ano de 2008, foram ampliadas e no CAPS II foram cadastrados no serviço, 133 casos novos com transtornos mentais severos e persistentes, 499 usuários com transtornos mentais leves a moderados, dando no total de 632 casos novos. As principais patologias foram Esquizofrenia Paranoide, Transtorno Afetivo Bipolar, Episódio Depressivo Leve, Ciclotimia (transtorno afetivo da personalidade). As altas médicas supervisionadas foram 12 casos, os abandonos de tratamento totalizam 28 casos (Informação verbal, Enfermeira, agosto de 2020).

Dentre as ações de prevenção e controle são desenvolvidas atividades socioculturais realizadas com os usuários do CAPS II e seus familiares têm como objetivo principal trabalhar a reinserção social dos usuários com a equipe multidisciplinar e com a sociedade em geral. Essas atividades socioculturais são comemorações de datas importantes que estão no calendário brasileiro.

Em 2008, a Coordenação Municipal de Saúde Mental juntamente com Assessoria Técnica de Planejamento - SEMSA apresentaram a proposta de uma capacitação com enfoque teórico-prático, para a formação de profissionais que sejam capazes de identificar e realizar condutas de acordo com sua categoria profissional como também de discutir estratégias de saúde mental na atenção básica.

Os principais objetivos desta capacitação foram: Ampliar a atenção em Saúde Mental na Atenção Básica, visando o incremento da rede de atenção integral a saúde; Capacitar enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) para diagnóstico, planejamento e execução de ações em saúde mental, de acordo com as diretrizes da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde; Implementar ações eficientes e resolutivas em saúde mental, enfatizando as contribuições dos novos dispositivos assistenciais implantados com a Reforma Psiquiátrica.

O Ministério da Saúde em parceria com o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Amazonas realizou no período

de agosto a dezembro de 2008, formação para terapeutas comunitários, com o objetivo de levar prevenção à Saúde Mental na comunidade assistida pelo Programa Estratégia Saúde da Família-ESF. A formação se operou em módulos teórico - vivenciais, supervisões e práticas acompanhadas, e foram ministrados na cidade de Manaus. As terapeutas em capacitação realizaram 24 terapias, que serviram de aulas práticas para as mesmas, e o público-alvo foram os ACS, o total de participantes em cada terapia foram 10 pessoas. As enfermeiras capacitadas foram: Cinthia Barroso Prata e Ruth Lane Reis Pessoa, que receberam seus certificados no dia 30 de maio de 2009 (Informação verbal, Enfermeira, agosto de 2020).

O Ministério da Saúde, juntamente com a Fiocruz-Amazonas, realizou na cidade de Manaus, no período de setembro a dezembro de 2008, uma vez por semana em cada mês, o Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de qualificar os profissionais que atuam no apoio as equipes da ESF. O conteúdo programático do curso incluiu Políticas de Saúde e Modelos de Atenção, Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica e o cuidado em Saúde Mental. As técnicas de referência em Saúde Mental no NASF capacitadas foram; a psicóloga Amélia Nobre de Carvalho e Assistente Social Suzy Moura.

O Programa Municipal de Saúde Mental teve como atividades prioritárias no ano de 2009: Prevenção da Saúde Mental, através do Programa Saúde e Qualidade de Vida em parceria com o Núcleo de Promoção da Saúde e Combate as Violências, Integração da Saúde Mental na Atenção Básica, Fortalecimento dos serviços do CAPS II Adolfo Lourido.

A Prevenção em Saúde Mental é uma das prioridades visando à identificação precoce de casos de transtornos mentais e para prevenção do adoecimento mental. Assim, o Programa Municipal em parceria com o Núcleo de Promoção da Saúde e Combate às Violências, desenvolveu, em 2009, através do Projeto Saúde e Qualidade de Vida, Terapias de Grupo a qual tem como Metodologia o Livro do Psiquiatra Augusto Cury - 12 Semanas para mudar uma vida.

A realização das terapias, conta com uma equipe de apoio formada por coordenadores de grupo os quais são técnicos das diversas áreas da SEMSA. No ano de 2009 as terapias, foram realizadas para os profissionais das Equipes de Saúde da Família e acadêmicos do curso de Psicologia do Centro de Estudos Superiores do Baixo e Médio Amazonas - CESBAM (Informação verbal, Enfermeira, agosto de 2020).

Vale ressaltar a participação dos coordenadores de grupo, que é de fundamental importância para viabilizar a realização das terapias. Uma vez que o trabalho de coordenador de grupo é uma atividade voluntária dos técnicos da SEMSA, para contribuir com o fortalecimento Programa Municipal de Saúde Mental.

Em fevereiro de 2009 realizou-se a primeira reunião técnica da equipe piloto do Projeto Saúde e Qualidade de Vida, dar início as Terapias em Grupo, que era uma ação do “Projeto Saúde e Qualidade de Vida” da SEMSA, que teve como um dos seus objetivos principais a prevenção à saúde mental. Utilizou-se o livro “12 Semanas para mudar uma vida” do autor Dr. Augusto Cury. No mês de março foi realizada visitas as UBS, para apresentação do projeto e implantação de grupos de terapias com as ESF, estiveram presentes somente os enfermeiros. Foi reunida a equipe piloto do projeto para definir os coordenadores de cada grupo de terapia. Em abril, ocorreram reuniões com os diretores das UBS, para fecharmos parceria, no sentido da liberação dos seus colaboradores para as terapias em grupo que aconteceriam uma vez por semana no período de uma hora e trinta minutos. Neste mesmo mês, foi entregue o material pedagógico aos coordenadores e participantes dos grupos, também reunimos com a Coordenação do Curso de Psicologia do CESBAM, para apresentação do projeto e implementação junto aos acadêmicos (Informação verbal, Enfermeira, agosto de 2020).

Já em maio, as terapias em grupo tiveram início, 19 grupos nas UBS, com as Equipes Saúde da Família, 01 no CAPS, 02 na Vigilância em Saúde e 06 grupos com os acadêmicos do CESBAM, dos cursos de enfermagem, farmácia e psicologia. *“No mês de julho encerraram alguns grupos e no mês de agosto e setembro, os restantes”* (Informação verbal, Enfermeira, agosto de 2020).

Alguns motivos fizeram com que alguns grupos se atrasassem e não terminassem, são eles: enchente que atingiu o município no ano de 2009 e as Equipes Saúde da Família-ESF realizaram ações para atendimento aos alagados tanto na zona rural como na zona urbana; envolvimento da ESF na campanha sobre a Influenza A H1N1 no período do festival; coordenadores de grupos, e profissionais da ESF entraram de férias; ACS que não compareciam aos grupos, por estarem em reunião, para a formação do seu sindicato; problema no fornecimento de energia elétrica no município; acadêmicos não compareciam no horário marcado pelo coordenador do grupo.

Destas 28 equipes supracitadas apenas 25 concluíram a terapia em grupo, 03 não conseguiram concluir, sendo que os principais motivos foram: acadêmicos que não compareceram na hora combinada com o coordenador.

Os registros acima decorrem, em grande parte, dos relatos de servidores públicos ligados ao CAPS Adolfo Lourido e ao processo de institucionalização da Política de Saúde Mental em Parintins. A mudança de gestão municipal ocorrida entre 2012 e 2016 empreendeu uma ruptura com a modalidade de atenção, nas suas características particulares ligadas à gestão anterior, ocasionando a dificuldade de acesso a informações mais consistentes sobre o andamento da atenção à saúde mental no período. Essa dificuldade ecoa até os dias correntes.

As potencialidades do CAPS Adolfo Lourido

O CAPS Adolfo Lourido (CAPS II) dispunha, em 2020, de uma equipe técnica especializada conformada por 01 Profissional Farmacêutica, 03 Técnicos em Enfermagem, 01 Profissional de Enfermagem, 01 Profissional Médico Psiquiatra, 03 Profissionais de Psicologia, 02 Profissionais de Pedagogia, 01 Profissional de Serviço Social, 01 Profissional de Educação Física, bem como 03 Técnicos administrativos, 03 Servidores na função de vigias, 02 Servidores na função de serviços gerais, 01 servidor motorista e 01 servidor recepcionista. Esse quadro de profissionais/servidores responde pelo atendimento contínuo em saúde mental para que os fluxos das ações se desenvolvam de acordo com o escopo institucional.

De acordo com o Programa Municipal de Saúde Mental, cuja referência são os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, na Assistência, inserção Social e Controle seu objetivo central é de *“assegurar o princípio da territorialidade resguardando assim a descentralização do atendimento e garantindo o acesso a todos os portadores de transtorno mental”* (Parintins, 2020, p. 02). Para o alcance desse objetivo, destacam-se outros objetivos secundários como: qualificar, expandir e fortalecer o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); incluir as ações de saúde mental na atenção básica; implantar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; Implantar uma política de atenção integral voltada para as crianças e adolescentes; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao doente mental.

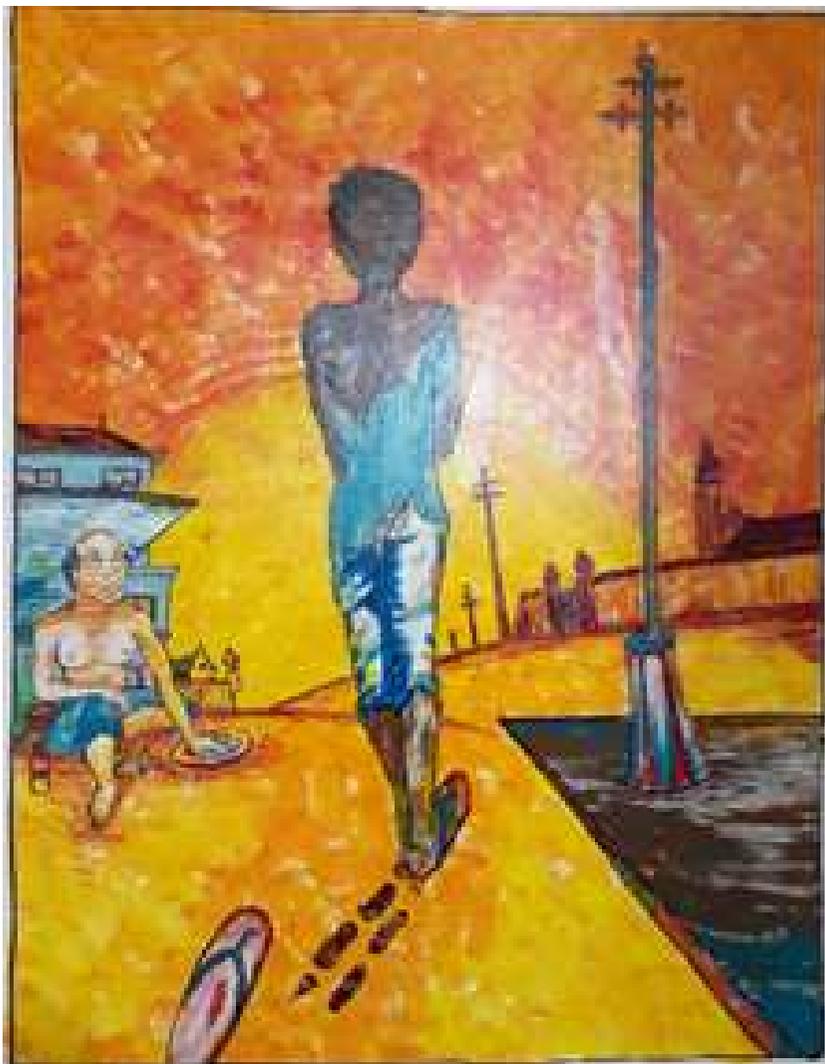
Assim sendo, *“durante o ano de 2019 foram realizados 15.751 atendimentos a pessoas”* (Informação verbal, Auxiliar Administrativo, agosto de 2020) segundo os critérios definidos para atenção próprias da Política Nacional de Saúde Mental: demandas afeitas aos transtornos de ansiedade, bipolaridade, depressão, esquizofrenia, e usuários com problemas neurológicos com outras comorbidades, dependentes químicos com sequelas decorrentes do uso de abusivo de álcool e outras drogas.

A atenção às pessoas com o perfil de dependentes químicos que apresentam sequelas decorrentes do uso de abusivo de álcool e outras drogas têm se desenvolvido mediante o convite para a participação no Grupo Esperança Viva (G.E.V.) que conta com o apoio da Diocese de Parintins. O tipo de atenção propicia, de acordo com o andamento/desempenho no processo de atenção à saúde mental, o ingresso na Fazenda Esperança ou no Centro de Reabilitação em Dependência Química (C.R.D.Q.) na capital, Manaus.

Esta articulação mostra-se como uma das potencialidades da atenção à saúde mental no município, uma vez que Parintins não dispõe do CAPS na modalidade *“AD Álcool e Drogas”* o qual volta-se precisamente para *“Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes (Brasil, 2020)”*.

Outras atividades referem-se às Oficinas Terapêuticas nas quais visa-se trabalhar a criatividade, geração de renda e autoestima dos usuários do CAPS II com a finalidade de potenciar a reabilitação psicossocial. Dentre seus resultados estão as confecções de quadros (artes visuais) em que se expressam as percepções daqueles que participam dessas atividades conforme podemos visualizar nas Imagens 02, 03, 04 e 5 a seguir.

Imagem 02. "Os andarilhos". Autor: Saturnino de Souza Neto.



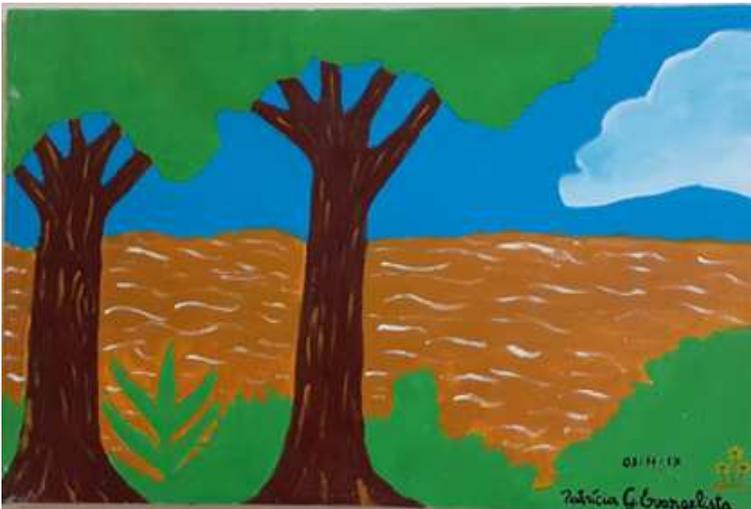
Fonte: CAPS II, 2020.

Imagem 03. "Sereia". Autora: Patrícia Gama Evangelista.



Fonte: CAPS II, 2020.

Imagem 04. "Floresta Amazônica". Autora: Patrícia Gama Evangelista.



Fonte: CAPS II, 2020.

Imagem 05. "Ponto Turístico". Catedral. Autor: Saturnino de Souza Neto.



Fonte: CAPS II, 2020.

De acordo com o Relatório de Gestão do CAPS II Adolfo Lourido (2019) destacam-se algumas das metas estabelecidas para o referido ano as quais lograra-se êxito na execução. Quanto às Metas quali quantitativas estão as Metas Planejadas e Alcançadas que se referem à Integração da Saúde Mental com Atenção Básica. Uma das prioridades no Pacto pela Vida é a Saúde Mental, com o objetivo de assegurar o acesso ao portador de transtorno mental no seu território, e para melhorar a assistência nas UBSs e a comunicação dos profissionais de saúde

mental e da atenção básica foram implantados: - Fluxograma de atendimento em Saúde Mental; - Cartão do programa de saúde mental; - Ficha de referência e contrarreferência em saúde mental; -Ficha de controle de medicação controlada. Realizou-se ainda o curso de “Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas” em parceria com a polícia militar, através do Programa Educacional de Resistência as drogas (PROERD); formando 35 multiplicadores. Esse curso teve como objetivo “capacitar servidores da SEMSA, [Secretaria Municipal de Assistência Social e Habitação] SEMASTH, [Secretaria Municipal de Educação, Desporto e Lazer]] SEMED e UNIVERSIDADES para que possam atuar na prevenção das consequências associadas ao uso indevido de álcool e outras drogas”. Com carga horária 40h as atividades se desenvolveram no período 07 a 18 de outubro 2019 no Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia - ICSEZ da Universidade Federal do Amazonas - UFAM.

Outro curso ofertado foi o Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para apoio a Estratégia Saúde da Família, o qual teve a parceria com o ministério da saúde propiciando a formação 49 multiplicadores. Seu objetivo voltou-se para capacitar profissionais envolvidos na rede de cuidados ao portador de transtorno mental. Este curso teve carga horária de 40h e foi realizado em dois momentos: de 02 a 04 de dezembro de 2019 e de 16 a 17 dezembro de 2019 nas instalações do Hospital Regional Jofre Cohen; na Sala de Telemedicina do Centro do Idoso Pastor Lessa.

Quadro 01. Atividades Programadas e realizadas para as Equipes da ESF

Atividades	Metas	Situação
Acompanhar as famílias com pacientes em tratamento inclusive na frequência no CAPS quando for o caso	100% da população adstrita	Meta Alcançada
Identificar pacientes que não estão em tratamento, para encaminhar ao enfermeiro da área para devidos encaminhamentos	100% da população adstrita	Meta Alcançada
Realizar orientação sobre saúde mental, envolvendo prevenção e acesso ao tratamento	100% da população adstrita	Meta Alcançada
Parceria com AA para terapia	100% da população adstrita	Meta Alcançada

Fonte: Parintins (2020).

A qualificação permanente dos profissionais vinculados ao CAPS II Adolfo Lourido e o diálogo interinstitucional (universidades, famílias, secretarias de políticas públicas, polícia militar, etc.), que expressa uma forma de sensibilização ampla da comunidade parintinense quanto ao papel do CAPS no município e, por conseguinte da Política de Saúde Mental, revela a materialidade dessa política segundo os princípios e valores do SUS.

Em relação ao total de atendimentos realizados durante o ano de 2019, “15. 751 pessoas com algum transtorno associado à necessidade de atenção em Saúde Mental” (Informação verbal, Auxiliar Administrativo, agosto de 2020), o Relatório de

Gestão 2019 sinaliza que os atendimentos se referem ainda, à atenção a pessoas com transtorno mental advindas de outros municípios do Estado do Amazonas e do Estado do Pará, “sobretudo dos municípios de Juruti e de Faro dada a proximidade/extrema com Parintins” (Informação Verbal, Auxiliar Administrativo, agosto de 2020).

Em seus quase 14 anos de fundação, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Adolfo Lourido, 42.000 pessoas já foram usuárias dos bens e serviços ofertados pelo referido centro.

Considerações Finais

A Saúde Mental enquanto política pública voltada para as demandas no município de Parintins tem apresentado algumas dificuldades considerando-se o processo de avanços/potencialidades, retrocessos e continuidade de ações que se relacionam à mudança de gestão municipal e do quadro de profissionais já capacitados para atender as demandas próprios do CAPS II.

A continuidade de ações revela-se no cotidiano dos distintos profissionais/servidores presentes na instituição. Essas ações, ou bens e serviços, desdobram-se junto às pessoas que apresentem algum transtorno que demande cuidado em Saúde Mental como: Esquizofrenia Paranoide, Transtorno Afetivo Bipolar, Episódio Depressivo Leve, Ciclotimia (transtorno afetivo da personalidade) e demais casos.

Há que se enfatizar os avanços/potencialidades da atenção à Saúde Mental no município de Parintins. Referem-se, pois, à articulação interinstitucional para a sensibilização quanto ao papel do CAPS II Adolfo Lourido e da Política de Saúde Mental para a comunidade parintiense; à capacitação contínua dos profissionais/servidores que prestam bens e serviços em Saúde Mental; à articulação para o cuidado voltado às pessoas com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas.

Um aspecto significativo relaciona-se à atenção à saúde mental às demandas avindas de outros municípios, tanto do Estado do Amazonas, quanto do Estado do Pará, questão contraditória, pois a capacidade instalada do CAPS II refere-se aos usuários do município de Parintins, todavia, o princípio de universalidade do SUS é orientador das ações e o desenvolvimento de oficinas terapêuticas cujo fim é trabalhar a criatividade, geração de renda e autoestima dos usuários do CAPS II e potencializar a reabilitação psicossocial.

Ainda há muitos desafios a serem superados, tais como: a adequação do espaço externo do CAPS II Adolfo Lourido, melhores condições para disponibilizar todas as medicações para os diversos usuários, adesão da família ao tratamento dos usuários, trabalho intersetorial com as diversas áreas que são fundamentais para a garantia da reinserção social dos usuários, inclusive com geração de trabalho e renda, grande número de usuários oriundos de famílias com baixo poder aquisitivo e desarticulação do núcleo familiar. Por fim, um dos principais desafios da Saúde Mental na Saúde da Família é a necessidade de avançar na Integralidade e na Resolutividade da atenção.

Referências

- Almeida, J.M.C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**; 35(11):e00129519. doi: 10.1590/0102-311X00129519
- Barros, C.S.M. (2001). **Aplicação da Política de Saúde Mental instituída pela lei n. 10.216/2001 ao louco infrator**. www.sap.sp.gov.br › download_files › pdf_files › copen › edicao-01
- Borba, L.O; Schwartz, E & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.** [online]. vol.21, n.4, pp.588-594. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009>. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>
- Brasil. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. <http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Contitui%C3%A7ao.htm>
- Brasil. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Ministério da Saúde. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental#>
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. - Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/26/Orienta---es-para-Elabora---o-de-projetos-de-Constru---o--reforma-e-Amplia---o-de-CAPS-e-UA.pdf>
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS.
- Hauradou, G.R; Teixeira, T.A; Chagas, Y.A. (2013). **Somando Saberes em Saúde Mental. Projeto de Extensão Universitária**. Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia (ICSEZ) / Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Comitê de Extensão: Parintins.
- Navarro, R.M.A. (2015). **História da política de Saúde Mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus.

Parintins. (2020). **Relatório de Gestão 2019**. Programa Municipal de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.do município de Parintins. Parintins (AM): SEMSA.

Pessoa, S. (2017). **Adolfo Lourido, o menestrel de Parintins**. Blog Simão Pessoa. <https://simaopessoa.com.br/adolfo-lourido-o-menestrel-de-parintins/>

Sicsú, D. (2016). **Estado de abandono do CAPS é denunciado por enfermeiro**. <https://ojornaldailha.com/estado-de-abandono-do-caps-e-denunciado-por-enfermeiro/#>.

A Unidade Básica de Saúde Fluvial como modelo de atenção à saúde ribeirinha no município de Parintins, Amazonas

08

Sonaira Serrão Castro Ribeiro
Leidiane Santarém Valente
Elaine Pires Soares
Clerton Rodrigues Florêncio
Adna Batalha de Souza
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Júlio Cesar Schweickardt
Nara Reis Carneiro Koide

Introdução

A Amazônia Legal representa mais da metade do território nacional, e parece racional e lógico pensar que o planejamento de ações públicas deva ser coerente e flexível o suficiente para dar conta das especificidades de cada território. A Unidade Básica de Saúde Fluvial constitui um novo modelo de assistência, criado em 2013, organizado para levar cuidados básicos em saúde, visando a cobertura universal para populações ribeirinhas da Amazônia e Pantanal (Kadri, Santos, Lima, Schweickardt, Martins, 2019; Schweickardt, Kadri, Lima, 2019).

O capítulo tem como objetivo descrever e analisar a atuação da Unidade Básica de Saúde Fluvial Ligia Loyola¹⁶ (UBSF) na área ribeirinha do município de Parintins, Amazonas. O texto traz informações sobre a Política da UBSF e equipes fluvial e como essa política é aplicada num território específico de atuação dessa unidade. Trata-se de um relato de experiência e um caso de desenvolvimento de ações de saúde em áreas ribeirinhas na região do Baixo Amazonas, cujos dados foram extraídos do livro de registros da UBSF para analisar o trabalho realizado no período de 5 meses. Foi destacada a biografia da homenageada que leva o nome da UBSF para conhecermos um pouco de sua história no contexto da saúde pública de Parintins.

16 - Embarcação construída especificamente para oferecer atenção à saúde para a população ribeirinha. A UBSF é um modelo technoassistencial que dialoga com as características do território da Amazônia e do Pantanal mato-grossense.



Políticas da UBSF e Equipes Fluvial e Ribeirinha

A Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) é uma modalidade de serviço de saúde construída a partir de um ferryboat para executar suas atividades de forma itinerante junto a populações ribeirinhas. São projetadas de forma que comporte uma ou duas Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), sendo estruturadas com consultórios, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense. As UBSF buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações como previsto na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2011, 2017b).

O Sistema Único de Saúde (SUS) dentro das políticas públicas garantem o acesso universal aos serviços de saúde, diante desta política o Ministério da Saúde através da portaria GM/MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. A política redefine e faz revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Passando a considerar estratégias e ações de acordo com as especificidades das regiões (Brasil, 2011b).

A região da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense passam a contar com mais dois arranjos teçoassistenciais com equipes Saúde da Família: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipe Saúde da Família Fluvial (ESFF). A primeira desempenha as suas ações e funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial. A ESFR visa atender os moradores da localidade e comunidades vizinhas. A ESFF desempenha suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF de forma itinerante, seguindo um cronograma de viagem de conhecimento da equipe e comunitários (Brasil, 2011, 2017).

A ESFR surge como uma estratégia para atender aos moradores de áreas mais distantes da sede dos municípios, especialmente para o território amazônico, que é formado por uma complexa rede de rios, lagos, várzeas, igapós e paranás. Assim, é preciso pensar neste território com todas as suas diversidades, considerando a dinâmica que amplie as ações de saúde a partir do lugar e a complexa logística geográfica (Lima, Simões, Heufemann & Alves, 2016; Schweickardt, Lima, Simões, Freitas & Alves, 2016).

Deste modo, a UBSF vem dar dinâmica e produz uma ampliação do campo de atenção em saúde na região amazônica. No credenciamento junto ao Ministério de Saúde é necessário inserir a delimitação da área de atuação e a população adscrita. Os atendimentos em saúdes ofertados pela UBSF devem contemplar as locais que não dispõem ESFR e/ou a localidades mais distantes da sede do município.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais são compostas, no mínimo, por: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de Seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.

Na equipe fluvial são acrescentados (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico, um (1) cirurgião dentista generalista, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal (Brasil, 2011, 2017). Tanto a UBSF e ESFR tem seu Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), bem como o registra de todas as suas ações e produções no e-SUS, que faz parte da estratégia de informatização do processo de trabalho e da qualificação da informação.

Significados de uma atenção para a especificidade do território na Amazônia.

A Amazônia é composta por várias amazônias e diversos territórios que se diferem por características geográficas, históricas, culturais e sociais. Existe uma mistura de povos, uma miscigenação de sua população que vivem ao longo do amplo território tanto urbano como rural (Schweickardt *et al.*, 2016; Schweickardt, Kadri & Lima, 2019; Lima, *et al.*, 2016).

De acordo com o último censo demográfico, ocorrido em 2010, o Amazonas apresentava uma população 3.483.985 pessoas, sendo dividida em urbana com o quantitativo de 2.755.490 e rural com 728.495 pessoas. No entanto, com um novo Censo, teremos um acréscimo significativo da população (IBGE, 2020). Na zona rural do estado, as pessoas se organizam em agrupamentos dispersos que formam as “comunidades”. A população que vivem nas margens dos rios e lagos é denominada de ribeirinhos, sofrendo influência das águas e os ciclos sazonais da cheia e vazante (Portela, 2017).

O viver neste território ribeirinho envolve questões familiares, religiosas ou tradição. Os moradores constituem uma história e uma memória com os lugares, pois representa o lugar dos antepassados e das relações sociais (Schweickardt *et al.*, 2016). Nas casas dos moradores e mesmo nas comunidades ribeirinhas geralmente não possuem saneamento básico, na maioria das residências a água para consumo não é tratada e o esgoto é despejado nos quintais através de fossas rudimentares, se tornando um dos fatores de agravo para a saúde desta população (Gama, Fernandes, Parente, & Secoli, 2018). O principal meio de transporte é a canoa movida a motor “rabeta”, mas também são utilizadas embarcações maiores, popularmente conhecidas na região como “recreios”¹⁷, que fazem o transporte de mercadorias e passageiros (Gama Fernandes *et al.*, 2018). Os comunitários desenvolvem habilidades para conduzir as embarcações desde a infância para se locomoverem entre as casas, ir até a comunidade ou até a cidade. Quando a pessoa não possui uma embarcação, fica na dependência de “pegar carona”¹⁸ (Portela, 2017).

Na ausência de ESFR, a assistência à saúde é centralizada na zona urbana dos municípios, com ações esporádicas dos profissionais de saúde nas comunidades.

17 - Embarcações reoginiais que transpostam passageiros e cargas de um lugar para o outro de forma paga
18 - Ato de pedir uma passagem nas embarcações de recreio, pago, ou para um conhecido para levar até seu destino sem custo.

Para se chegar até a sede do município, os ribeirinhos costumam programar a sua viagem que, geralmente ocorre uma vez ao mês, devido ao acesso aos benefícios sociais ou para outros compromissos. O deslocamento da população ribeirinha é realizado, quase que na maioria das vezes, somente através do rio.

O território da Amazônia é peculiar e desafiador, no que se refere à saúde, pois as estratégias precisam se adaptar ou reestruturar, sendo que seu modo de fazer saúde é caracterizado pela singularidade e especificidade de cada região e microrregião. Neste contexto, cabe aos gestores traçarem estratégias muito específicas para cada situação vivenciada pela população de forma a atender as necessidades dos ribeirinhos (Kadri, et al., 2019; Lima et al., 2016; Schweickardt et al., 2019). As estratégias precisam ser pensadas e adequadas à realidade local e às necessidades dos habitantes, considerando a complexidade de cada localidade e a dinâmica das águas que interferem direta e indiretamente na vida da população e nas ações em saúde planejadas. Assim, é necessário ter um olhar mais atento e estratégico para as áreas ribeirinhas (Portela, 2017).

Com as comunidades mais próximas da floresta e com grandes distâncias das cidades, surgem agravos característicos da região como: malária, ferradas de araias, acidentes com animais peçonhentos como cobra e escorpião (Silva Reis et al., 2020). Pela distância que tem para a sede do município, muitos ribeirinhos recorrem a cuidados e saberes populares para tratar dos agravos em saúde. Os cuidadores populares como as parteiras, pegadores de ossos, rezadores e curandeiros têm o domínio e conhecimento das plantas medicinais que por séculos cuidam da população (Schweickardt, Sousa, Nascimento, Gomes & Moraes, 2020). Por outro lado, ainda é presente a automedicação com fármacos, que são facilmente adquiridos em farmácias e drogarias na cidade (Silva Reis et al., 2020).

Em relação a saúde, a grande maioria das localidades possui um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que são a única referência de saúde na localidade. Estes possuem papel fundamental na garantia do vínculo com a comunidade e no acesso aos serviços de saúde (Lima et al., 2016; Schweickardt et al., 2016; Pereira, Schweickardt, Lima & Schweickardt, 2019). Os ACS atuam na comunidade de casa em casa, promovendo a prevenção de doenças e promoção da saúde. Os ACS são canais de comunicação entre os ribeirinhos e o serviço de saúde, articulando para que as necessidades desta população cheguem à equipe a qual são vinculados, bem como transmitindo as informações de saúde aos moradores de sua microárea (Pereira et al., 2019).

Território líquido e a política de saúde: a UBS Lígia Loyola em ação

O nome da UBS é uma homenagem a uma das profissionais mais engajadas no âmbito da saúde pública em Parintins. Lígia Maria Rodrigues de Assis, popularmente conhecida como Lígia Loyola, nasceu em Parintins, no dia 07 de maio de 1974 (imagem 01). Filha de Francisco de Assis Vitor e Maria José Rodrigues de Assis, cresceu e viveu na Avenida Senador Álvaro Maia, famosa Avenida da Fé. Perdeu

precocemente sua mãe, passando a ser criada por seus tios Maria do Carmo Muniz e Raimundo Muniz, de quem muito se orgulhava (por ser o fundador do festival folclórico de Parintins), juntamente com seus nove irmãos. Era torcedora do boi-bumbá Garantido e torcedora fanática do Flamengo, sendo uma das incentivadoras na fundação do bloco de carnaval Rubro Negro. Lígia foi mãe de quatro filhos: Carla Alexandra, Wellington, Ricardo e Luna Ynaê. Era muito devota de Nossa Senhora, inclusive possuía uma imagem de Nossa Senhora de Fátima coberta de muitos terços, que, segundo ela, eram doações de pessoas que alcançaram alguma graça.

Imagem 01. Lígia Maria Rodrigues de Assis, popularmente conhecida como Lígia Loyola.



Fonte: : Arquivo da família, 2018. Foto autorizada.

Mudou-se para a capital Manaus, onde viveu até seu último dia. Lígia era muito comunicativa, forte, expressiva, extrovertida, e só sossegava quando conseguia resolver o que precisava. Pelo fato de ter muitos contatos com políticos e pessoas influentes, muitas pessoas que precisavam de ajuda a procuravam pedindo transporte, leitos em hospitais, medicamentos, caixões para sepultamento, entre outros benefícios. Muitas das vezes, enquanto providenciava o transporte de algum paciente Parintins/Manaus, já garantia o leito para o mesmo em algum hospital, sendo o Hospital 28 de Agosto o mais habitual, visto que a mesma tinha fácil acesso. Nos casos de óbito

de contrerrâneos, se responsabilizava em viabilizar o transporte para o que o mesmo pudesse ser enterrado em Parintins. Ela, com toda a sua influência, mesmo sem formação acadêmica, conseguiu ajudar muitos parintinenses de diversas formas, prestando assistência social. Sua vida corrida a impulsionava a fazer mais, mesmo que acabasse comprometendo seu tempo com a família, quando precisava levar sua filha Luna, que morava em Manaus, para as missões, sem hora para chegar em casa. Não havia uma rotina estabelecida e os finais de semana eram incertos, mas para ela não havia tempo ruim, sempre dava um jeito de solucionar qualquer problema. Nesses muitos anos de uma vida dedicada a ajudar o próximo, Lígia acabou se descuidando de sua própria saúde, deixando de fazer por si mesma o que fez muito pelos outros. Em 2018 descobriu um câncer já em estágio avançado. Lutou bravamente para viver e mesmo em um leito de hospital, continuava tentando ajudar as pessoas. Entre altos e baixos durante seu tratamento, recebeu muito amor, e ainda em vida viu o quanto era amada e querida por seus familiares e amigos, que ficaram ao seu lado até o último momento. No dia 02 de janeiro de 2019, Lígia veio a falecer.

Sem dúvidas deixou um grande legado em forma de amor e gratidão no coração de muitos que acompanharam seu trabalho e a admiravam como pessoa. Cumpriu uma linda missão, praticando seu lema popularmente conhecido: *“Com Lígia Loyola saúde não tem hora”*.

A UBSF Lígia Loyola tem em seu projeto o objetivo de atender 4.971 pessoas, que constituem 1.132 famílias, distribuídas em 32 comunidades ribeirinhas. O Rio Amazonas é um dos principais acessos a essas comunidades. Essas comunidades estão divididas em *“Amazonas de cima”* com 16 comunidades, com 466 famílias, e o total de 1.971 comunitários. Já nas comunidades do *“Amazonas de baixo”* temos 666 famílias, com o total de 3.000 mil comunitários conforme descreve a tabela 01 (SEMSA, 2019).

Tabela 01. Informações de cadastro, equipes e área de abrangência da UBSF, Parintins.

Nome da equipe	ESFFSB-Equipe Fluvial
Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da UBSF	9564624
identificador Nacional de Equipes (INE)	0001689819
Nº total de comunidades cadastradas	32
Nº de comunidades do Amazonas de cima	16
Nº de comunidades do Amazonas de baixo	16
Nº total de pessoas cadastradas	4.971
Nº de pessoas cadastradas nas comunidades do Amazonas de cima	1.971
Nº de pessoas cadastradas nas comunidades do Amazonas de baixo	3.000
Nº total de famílias cadastradas	1.132
Nº de famílias cadastradas nas comunidades do Amazonas de cima	466
Nº de famílias cadastradas nas comunidades do Amazonas de baixo	666
Principal rio em que as comunidades cadastradas estão localizadas	Rio Amazonas

Fonte: SEMSA, 2019.

Planejamento das ações no território

As ações desempenhadas pela UBS Fluvial seguem as normas da Política Nacional de Atenção Básica que é de prestar atendimento à população por, no mínimo, 20 dias mensais. O tempo de funcionamento da unidade deve levar em consideração o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha (Brasil, 2011a). De acordo com a portaria nº 941 de 22 de dezembro de 2011, cabe ao gestor prever o tempo que a Unidade Fluvial deve ficar na sede do município para realizarem as atividades de planejamento, realizarem abastecimento de insumos, entregar relatório e de participar de educação permanente junto com outros profissionais e equipes (Brasil, 2011a).

A UBS Fluvial prevê em seu credenciamento o atendimento a 32 comunidades da zona ribeirinha de Parintins. A agenda de deslocamento da Unidade deve garantir que o serviço prestado de forma itinerante chegue até as comunidades. As ações primárias de saúde são realizadas de modo permanente como: atendimento ao pré-natal, puericultura, avaliação e procedimentos odontológicos e a assistência contínua a usuários com condições crônicas (Brasil, 2011a).

Na viagem inaugural dia 14 de outubro de 2019, a UBSF Ligia Loyola realizou atendimento na comunidade do Paraná do Espírito Santo do Meio, sendo que em um único dia a equipe realizou cerca de 406 atendimentos. A data é um marco histórico para a saúde dos ribeirinhos que passam a ser assistidos com toda estrutura que o serviço primário de saúde oferta, consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento pelo serviço social, atendimento odontológico, imunização, dispensação de medicação, teste rápidos e outros.

Durante a estadia na sede do município é realizado o planejamento das viagens, definindo as comunidades que irão receber os serviços da UBS fluvial. Para definir o fluxo das viagens é levada em consideração a dinâmica das águas, pois existem comunidades que ficam em braços de rios e que em tempo de seca o acesso se torna inviável, ficando, então, agendadas para outro período (SEMSA, 2019). Ao se definir as datas e as localidades, é realizada a divulgação nos meios de comunicação como internet, radio, tv. No entanto, são os agentes comunitários de saúde que tem o importante papel de mobilização dos comunitários e de preparação para a chegada da equipe na Comunidade, proporcionando o atendimento mais próximo a suas residências (SEMSA, 2019).

Informações sobre o atendimento a população ribeirinha

O número de atendimentos é bem expressivo desde a primeira viagem da UBSF, em 2019. Uma população antes assistida através de ações em saúde pontuais e esporádicas, agora conta com os serviços de saúde de modo permanente e regular.

Tabela 02. Atendimento da UBSF na Atenção Básica, Parintins, AM, 2019-2020.

Produção ambulatorial	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Atendimentos da equipe de saúde (inclui os ACS)	1.628	1.495	991	1.574	2.061
Consultas Médicas	543	311	314	434	517
Consultas de Enfermagem	394	199	193	87	153
Consultas Odontológicas	223	207	140	140	214
Consultas da Nutricionista	135	108	130	112	226
Consultas da Assistente Social	87	76	48	32	92
Total	3.010	2.396	1.816	2.379	3.263

Fonte: E-SUS, 2021.

Foi observado que o número de atendimentos e consultas diminuem no mês de janeiro, o que coincide com o período de férias dos profissionais, assim como há uma diminuição da procura pelos próprios ribeirinhos. No contexto da oferta de serviços, é possível observar que a cobertura da ESFF chega próximo de 70% de cobertura das comunidades ribeirinhas cadastradas, conferindo um percentual acima da média nacional das ESF que é de 63%. Isso tem um efeito extremamente significativo e positivo, pois tem os desafios diferenciados que o território líquido apresenta como: a questão logística, a sazonalidade dos rios, a pluviosidade, a migração da população no período da cheia para a outras localidades de terra firme ou para a sede do município. Diante disso, podemos afirmar que o modelo tecnoassistencial das UBSF é o mais adequado para responder e enfrentar as questões amazônicas.

As atividades da equipe vão para além daquelas registradas no sistema de informação da atenção básica, pois conhece a situação das famílias, sabendo o nome e os problemas enfrentados. A equipe de saúde, por vezes, consegue identificar situações de vulnerabilidade social como fome, desemprego, evasão escolar e até violência doméstica, necessitando fazer a integração com outros setores como assistência social, finanças e educação. Portanto, o ganho com a presença de equipe multidisciplinar ultrapassa o trabalho e o cuidado somente no âmbito da saúde e alcança as redes vivas que promovem a cidadania e a garantia dos direitos humanos.

Imagem 4. Profissionais da UBS Fluvial Ligia Loyola.



Fonte: Yuri Pinheiro. Foto autorizada.

Imagem 5. UBSF Ligia Loyola ancorada na comunidade as margens do rio Amazonas



Fonte: Yuri Pinheiro. Foto autorizada.

Imagem 6. UBS Navegando para mais uma ação.

Fonte: Yuri Pinheiro. Foto autorizada.

Considerações finais

A UBSF representou o incremento da qualidade da assistência primária e na melhoria no acesso aos serviços de saúde pela população ribeirinha do Baixo Amazonas. Podemos, portanto, identificar alguns aprendizados que à experiência da saúde fluvial nos proporcionou nesses poucos meses de atuação.

Percebemos que a equipe multiprofissional que atua em área ribeirinha, demonstra ser mais empenhada com as problemáticas da saúde dos ribeirinhos. Como as viagens ocorrem durante 20 dias num mês, a equipe embarcada reconhece a necessidade da convivência que ultrapassa os limites do trabalho diário. No trabalho os laços profissionais e pessoais se imbricam, de modo a ofertar um serviço de melhor qualidade e intencionalmente mais envolvido com a melhoria das condições de vida da população assistida. Ainda assim, os profissionais de saúde reconhecem situações de vulnerabilidade social das famílias, que afetam a condição de saúde da população, criando possibilidades de articular com outros setores para o enfrentamento dessas situações.

É possível concluir ainda que a atenção básica fluvial tende a revelar uma práxis mais afeita com o conceito ampliado de saúde coletiva. Segundo Campos (2000), a produção social da saúde passa pelo processo saúde/doença/intervenção e de forma dialética, reconhece que a saúde coletiva é um saber constitutivo e essencial

a todas as práticas em saúde, sendo fundamental a produção de conhecimentos, políticas e valores relevantes para saúde a partir da relação com outras áreas do conhecimento. Não obstante, as práticas e conhecimentos atrelados ao trabalho em área ribeirinha possibilita olhar o mundo do cuidado como um encontro de saberes, de ideias, de visões de mundo distintos entre ribeirinhos e profissionais de saúde. É nesse encontro que se produz o conhecimento, em que o cuidado acontece em múltiplos sentidos e o local e o eventual são cenários da práxis da saúde coletiva.

Ainda podemos apontar alguns desafios para melhoria do acesso à saúde em Parintins. O primeiro desses é alcançar comunidades ainda distantes geograficamente que precisam de cuidados primários. O município apresenta uma cobertura da atenção básica de 85,76%, o que significa que ainda existe uma população ribeirinha invisível às políticas públicas. Assim, é necessário a construção de novos projetos para que todas as pessoas tenham o acesso de forma equitativa e universal para o fortalecimento de um SUS amazônico.

Por conseguinte, a educação permanente dos profissionais de saúde na perspectiva da “transvisão da clínica” se faz necessário para a atenção básica em área ribeirinha. Assim, é premente uma formação permanente das equipes que permita o diálogo e produção de conhecimentos para além da clínica que fica centrada no corpo anátomo-fisiológico. Franco e Hubner (2020) reconhecem a insuficiência desta ‘clínica’, pois ela não considera o corpo afetivo como existência, agenciado pela realidade e capaz de agenciar a ação sobre o mundo. E, nesse sentido, os autores vão propor a ‘clínica dos afetos’ como uma prática clínica, complementar à clínica convencional, e que reconhece o corpo afetivo como capaz de responder ao processo de cuidado, ser ativo na busca da sua reabilitação e recuperação.

O espaço-tempo amazônicos tem muito de ausência e de invisibilidade, mas podemos observar, por outro lado, notamos uma grande potência nos encontros, os territórios, as populações e os saberes. Esses encontros se constituem em tecnologias leves que promovem o cuidado de modo simétrico, igualitário e solidário. Entendemos que o território amazônico não pode ser visto somente pela ótica da falta e das doenças, mas como lugar da inovação, como é o caso da UBSF de Parintins, que tem promovido a inclusão de uma parcela significativa da população.

Referências

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 941, de 22 de dezembro de 2011**. Novas definições da PNAB, em relação à População Ribeirinha.

Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out.

Campos, G.W.S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.

Franco, T.B; & Hubner, L.C.M. (2019). Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde Em Debate**, 43(spe6), 93-103.

Gama, A.S.M; Fernandes, T.G; Parente, R.C.P. & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 34, e00002817.

IBGE. (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama das Cidades**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>

Kadri, M.R.E; Santos, B.S.D; Lima, R.T.D.S; Schweickardt, J.C. & Martins, F.M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 23, e180613.

Lima, R.T.S; Simões, A.L; Heufemann, N.E. & Alves, V.P. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da UBS de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R. B. [et. al.]. (Orgs.) **Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. 1. ed. v. 2. Porto Alegre: Rede Unida, p. 269-294.

Pereira, F.R; Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S. & Schweickardt, K.H.S.C. (2019). O banheiro no território líquido na Amazônia: análise da micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: Schweickardt, J.C, Kadri, MR, Lima, RTS (Orgs.) **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 92-111.

Portela, A.P.D.C. (2017). **O território e as Redes Vivas de Saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas**. [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Condição de vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPVIDA/Fiocruz Amazônia.

SEMSA. (2019). Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Parintins (2019). **Projeto de Credenciamento da Unidade Básica fluvial e Estratégia Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal**.

Schweickardt, J.C; Sousa, MJS; Nascimento, ACS; Gomes, MDM; Moraes, TS. (org.). **Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde**. Porto Alegre, 2020.

Schweickardt, J.C; Lima, R.T.L; Simões, A.L; Freitas, C.M. & Alves VP. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B. [et al.] (Orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C; Kadri, M.R & Lima, R.T.S. (2019). Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. In: Schweickardt, J.C., Kadri, M.R., Lima, R.T.S. (Orgs). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 08-14.

Silva Reis, M.H; Portugal, J.K.A; Mariño, J.M; Silva Barros, W; Souza Dantas, J; Souza, T.T.G., & de Freitas, D.L.A. (2020). O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (53), e3631-e3631.

Saúde no ritmo do Boi Bumbá: Ações de Vigilância em Saúde no Festival Folclórico de Parintins, Amazonas

09

*Elaine Pires Soares
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Hellen Bastos Gomes
Ivamar Moreira da Silva
Railda Soares da Silva*

Introdução

O capítulo apresenta uma reflexão sobre a prática da Vigilância em Saúde na prevenção e controle de doenças e na promoção da saúde no município de Parintins, na região do baixo Rio Amazonas. As informações apresentadas integram revisão bibliográfica e documental realizada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins.

Como o segundo maior município do estado do Amazonas, Parintins apresenta uma população aproximada de 114.273 habitantes (IBGE, 2019). O município realiza anualmente a maior festa cultural da região norte, o Festival Folclórico de Parintins, evento que materializa a disputa entre os bois Garantido e Caprichoso. O evento é conhecido nacional e internacionalmente com intenso trânsito de pessoas de diversas localidades. Segundo dados da Prefeitura Municipal, o Festival Folclórico de Parintins, por sua importância cultural e turística, recebe em média mais de 70 mil visitantes a cada ano. Por ser um evento de massa, a chegada dos visitantes para o festival põe em alerta todos os serviços de saúde de Parintins, em particular a Vigilância em Saúde.

A vigilância em saúde, em suas múltiplas dimensões – epidemiológica, ambiental, do trabalhador, sanitária – pressupõe acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, definidos nos termos da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, com o objetivo de subsidiar o sistema de saúde em suas intervenções. Nesse sentido, a cada edição do festival um Plano de Ação de Vigilância em Saúde norteia as ações desenvolvidas no período do evento.

Assim, é papel da Vigilância em Saúde identificar as necessidades de saúde da população residente no município e as demandas apresentadas pela população



que vem para o Festival Folclórico, aspectos que são sinalizados nesta produção.

Vigilância em Saúde para a Promoção da Saúde

Sabemos que a Saúde Pública é constituída de um processo dinâmico de transformação, tanto na sua forma estrutural, quanto em seus modelos inovadores de gestão, e tem como propósito a busca da melhoria da qualidade de seus serviços assistenciais. Toda a logística pensada pelo SUS visa garantir à universalidade, à integralidade, à acessibilidade, à resolutividade, à hierarquização, à regionalização, à descentralização e ao controle social, é importante destacar a Vigilância em saúde que exerce um papel primordial da inteligência sanitária.

Logo, a Langmuir (1963) conceitua Vigilância em Saúde:

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la (LANGMUR, 1963).

A Vigilância em Saúde possui fluxo de informações que fazem uma interface por diversos sistemas, quais sejam: Vigilância; Atendimento (Primário, Secundário e Terciário); laboratórios; centros de pesquisa; centros universitários; outras secretarias etc. E perpassa várias áreas de conhecimento, vejamos no quadro a seguir:

Quadro 01: Áreas prioritárias da Vigilância em Saúde

Áreas	ATRIBUIÇÕES
Epidemiológica	Realiza um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Trabalha com doenças sexualmente transmissíveis agudas e crônicas; doenças transmissíveis agudas; doenças transmissíveis crônicas; doenças imunopreveníveis; investigações e respostas a casos e surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados; inclui também o Programa Nacional de Imunização (PNI), descentralizado aos municípios.
Ambiental	Desencadeia um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), com ações integradas com as subprefeituras e outras secretarias, devendo participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
Saúde do Trabalhador	Desencadeia um conjunto de atividades que, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, se destinam à promoção e à proteção à saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Imunização	É o conjunto de todas as atividades relacionadas com os imunobiológicos e sua adequada utilização. O Programa Nacional de Imunização (PNI) é reconhecidamente um dos melhores do mundo, estando vigente desde 1973, continuamente propiciando expressivos benefícios na prevenção de doenças, obtendo reiterados sucessos, nunca tendo sido interrompido. Podem ocorrer surtos ou acontecimentos inesperados mesmo com imunobiológicos eficazes, cabendo providências complementares organizadas, seguindo diretrizes da Vigilância em Saúde, com respaldo científico e rigoroso sistema avaliador de qualidade, também com controle de procedimentos inadequados e eventos adversos de imunobiológicos, acompanhando também de maneira rigorosa o armazenamento, a conservação e o transporte de vacinas até sua utilização.
Sanitária	Realiza um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
Infraestrutura	Infraestrutura laboratorial e de apoio diagnóstico, do sistema de informações de doenças de notificação compulsória, entre outros.

Fonte: Brasil, 1990.

Para tanto, a Vigilância deve trabalhar de forma integrada e harmônica com todas as áreas técnicas e gestão das Unidades de Saúde, de forma intra e intersetorial, a fim de compreender os determinantes e condicionantes sociais da população no território, dando organicidade a Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Minayo, Hartz e Buss (2000, p.1) afirmam que “[...] a saúde não é doença, saúde é qualidade de vida”, logo, esse conceito encontra-se organicamente embutido nas relações de complexas e inegáveis da saúde. Os determinantes sociais de saúde são fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde da população, e é sine qua non para mostrar o equilíbrio dos conceitos saúde/doença, visto que, existe uma multiplicidade de fatores sociais, econômicos, cultura, ambiental e biopsicossocial envolvidos nessas relações. Tais determinantes são inquestionáveis e incontestáveis, pois compõe os fatores externos a vida dos indivíduos e precisam ser incluídos na formulação das políticas de saúde.

A Lei 8.080/1990 que dispõe sobre o SUS esclarece em seu art. 3º que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, **a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais**; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Grifo Nosso)

Logo, ao pensarmos em determinante de modo geral, nos reportamos às vulnerabilidades coexistentes no cotidiano dos nossos usuários, Cutter (2003) afirma que a vulnerabilidade é concebida como produção social e se materializa

por meio das iniquidades existente no território dentro de cada contexto social. Tais aspectos estão ligados a estrutura da sociedade estabelecida, no caso brasileiro, é sociedade capitalista, que tem em sua base, a produção de desigualdade social, ou seja, as múltiplas expressões da questão social que envolve: a falta de renda, desemprego, saúde, lazer, educação e acesso a qualquer serviço. Logo, o não acesso aos serviços/ações do estado levam os indivíduos a todo o tipo de vulnerabilidade social, principalmente as susceptibilidades de doenças.

Para melhor exemplificar Ayres et al (2006) elencou três dimensões de vulnerabilidade: vulnerabilidade individual, a social e a programática, as quais organizam e trazem a totalidade dos determinantes e condicionais da saúde:

Quadro 02. Dimensões e Característica de vulnerabilidade.

Dimensões	Características
Individual	Valores, interesses, crenças, desejos; conhecimentos; atitude; comportamento; Relações familiares de amizade; Relações afetivo-sexuais; Situação material; Relações profissionais; Relações materiais; situação psicoemocional; Rede e suportes sociais.
Social	Normas sociais; referências culturais; Relação de gênero; relações de raça/etnia; relações entre gerações; Normas e crenças religiosas; Estigma e discriminação; Emprego; Salários; Suporte social; Acesso a educação; Acesso a Cultura; Lazer; esporte; Acesso à mídia; Liberdade de pensamento e expressão; participação política; Cidadania.
Programática	Compromisso político dos governos; definição de políticas; planejamento e avaliação das políticas; participação social no planejamento e avaliação; Recursos humanos e materiais para humanos e materiais para as políticas; Governabilidade; Controle social; Sustentabilidade política institucional e material da política; Articulação Multissetorial das ações; Atividades intersetoriais; Organização do setor de saúde; Acesso aos Serviços; integração de atenção; Equidade das ações; Equidade das ações; Equidade multidisciplinar; Enfoque interdisciplinar; Integração entre prevenção, promoção assistência; Participação comunitária na gestão dos serviços; Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços; Responsabilidade social e jurídica dos serviços.

Fonte: Brasil, 1990.

Os determinantes e condicionantes sociais estão explicitados no quadro, ou seja, nos ajuda a perceber e organizar as ações dos serviços e melhorar o acolhimento dos usuários, dentro e fora da UBS, para assim, suprir as necessidades dos usuários. É válido esclarecer que cada cidadão tem sua própria história, que constrói como indivíduo que busca se determinar, apesar das dificuldades de efetivar seus direitos.

É importante destacar que a Vigilância em Saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças, por isso integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho.

Neste contexto, a Vigilância em Saúde é atualmente uma ferramenta metodológica importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. Além disso, as informações produzidas servem de base para tomada de decisões da gestão, implantação e qualificação dos serviços de saúde, bem como subsidiam os programas e projetos de promoção da saúde.

Parintins possui a Coordenadoria de Vigilância em Saúde que atua “na área de prevenção e controle de doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, com execução de ações primordiais para a vida tais como a Imunização, combate as Endemias com destaque ao *Aedes Aegypti*, controle da qualidade da Água para consumo humano, Vigilância da qualidade de alimentos e serviços” (Parintins, 2018, p. 38).

Tal coordenadoria atua também nos eventos de massa “que são reuniões de grande contingente de pessoas, de forma programada ou não, motivadas por questões políticas, esportivas, religiosas, lúdicas, laborais e outros, que acarretam consequências em diversos setores da sociedade, inclusive na Saúde Pública” (Castro, 2014). A Portaria N° 1.139/2013 define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa.

A Vigilância Sanitária, também envolvida neste processo, atua com base nas Resoluções Colegiadas da ANVISA, RDC N° 13/2014 que regulamenta a prestação de serviços de saúde em eventos de massa de interesse nacional e dá outras providências e a RDC N° 43/2015 que dispõe sobre a prestação de serviços de alimentação em eventos de massa.

Na Amazônia, a vigilância em saúde é muito requisitada para o controle das endemias, em função da dificuldade de reduzir os fatores de risco de ordem social e econômica, determinantes da incidência da doença, havendo a necessidade de alteração de estratégias a serem adotadas para cada doença (Brasil, 2006).

O Festival Folclórico de Parintins e as estratégias de ação das vigilâncias em Saúde em 2019

O Festival Folclórico de Parintins é considerado um Evento de Massa (EM), pela sua importância do contexto turístico e cultural da região norte. É um evento de natureza popular que teve seu início em 1964 em uma modalidade ainda não competitiva. As celebrações ocorrem ao ar livre, atualmente no Bumbódromo, Centro Cultural e Esportivo Amazonino Mendes, arena construída capaz de abrigar pelo menos 35 mil pessoas.

As apresentações transcorrem ao longo de três dias, durante os quais duas agremiações - Caprichoso e Garantido (Imagem 01) - expõem o resultado de suas pesquisas, temas ligados às histórias, ritos, mitos, lendas, hábitos dos moradores

das margens dos rios, representações ornamentais, em carros que procuram retratar a temática escolhida (SEMSA, 2017).

Para que essa manifestação cultural aconteça, o Sistema de Saúde local desenvolve previamente atividades que envolvem o processo de Gestão, Prevenção e Assistência. Neste contexto, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde, por meio das Gerências de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador busca desenvolver ações integradas para eliminar ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade, uma vez que estudos indicam a alta probabilidade de desencadeamento de surtos e epidemias em situações que envolvam um grande contingente de população.

Imagem 01. Bois Bumbás Caprichoso e Garantido



Fonte: Amazonas Atual, 2018.

Há cinco anos o município de Parintins desenvolve atividades no Festival Folclórico, com base no Plano de Ação de Vigilância em Saúde, instrumento norteador de planejamento integrado. O Comando operacional se dá por meio da articulação intersectorial, envolvendo as áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, tais como: Coordenadoria da Atenção Básica, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Programa Municipal DST/AIDS, Gerência Municipal do Programa Nacional de Imunização, Gerência do Programa da Saúde do Homem, Mulher e Hiperdia (SEMSA, 2017).

As ações voltadas para o Festival Folclórico de Parintins têm por finalidade prevenir e mitigar os riscos à saúde a que está exposta a população envolvida

em eventos de massa, a partir da definição de responsabilidades dos gestores do SUS, da saúde suplementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação durante todas as fases de desenvolvimento dos eventos com foco nas ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à Saúde.

A Vigilância Ambiental realiza a coleta e análise da água servida em bebedouros coletivos oferecidos à população, trabalho de orientação em saúde e distribuição de panfletos e hipoclorito de sódio aos ambulantes locais. Em 2019, a equipe selecionou 10 pontos específicos estratégicos para realização de coletas de água e suas respectivas análises, uma vez que são pontos de aglomeração de pessoas e distribuição coletiva de água, são eles: Porto, Galpão do Boi Caprichoso, Galpão do Boi Garantido, Praça dos Bois, Praça de Alimentação, Mercado Central, Mercado da Francesa, Orla da Cidade, Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) e Aeroporto.

As inspeções sanitárias também ocorrem nas embarcações ancoradas nas orlas do município. Durante o Festival de 2019, 80 embarcações foram averiguadas, notificadas e melhorias foram solicitadas (Imagem 02).

Imagem 02. Distribuição do kit informativo



Fonte: Arquivo Vigilância em Saúde, 2019.

É importante salientar que a equipe realiza uma segunda inspeção às embarcações onde foram verificadas inconformidades, a fim de constatar se as modificações notificadas foram realizadas, como a higienização e colocação de telas de proteção em caixas d'água, trocas, higienização e manutenção de garrafas térmicas e bebedouros.

Naquela ocasião, foram avaliados e orientados aproximadamente 300 pontos de vendas dos mais variados produtos alimentícios (Imagem 03), sendo distribuídos cerca de: 3.000 folders; 600 kits informativos com instruções do uso de hipoclorito na água; 10 caixas de hipoclorito; 600 sacos plásticos.

Imagem 03. Equipe Vigilância Ambiental na distribuição de folders informativo aos vendedores ambulantes.



Fonte: Arquivo Vigilância em Saúde, 2019.

Durante e após a realização do Festival Folclórico, a equipe de Zoonoses desenvolve atividades educativas, visto a presença de animais de grande porte (bovinos e equinos) nas ruas da cidade. Isso ocorre, porque durante o período da enchente os pecuaristas do município transferem seus animais para terrenos na zona rural, utilizando as vias urbanas para o transporte dos animais em veículos. Assim, há potencial risco no aumento de acidentes de trânsito, portanto se tornou

necessário uma mudança na estratégia, em que o foco se concentrou na captura desses animais (SEMSA, 2019).

Para tal ação deu-se início a uma parceria com a Agência de Defesa Agropecuária e Florestal do Estado do Amazonas (ADAF), cujo objetivo é identificar e autuar os proprietários dos animais e, ainda, com a Associação dos Pecuaristas de Parintins (APP) que cedeu espaço da Feira de Exposição Agropecuária de Parintins (EXPOPIN) para acomodar os equinos e bovinos capturados. No último Festival, foram capturados 31 animais (24 equinos e 7 bovinos), sendo liberados 19 animais mediante presença do proprietário, o restante foi liberado.

O Festival Folclórico de Parintins coincide com período chuvoso, aumentando a incidência de vetores do mosquito *Aedes aegypti*. Para evitar a proliferação do vetor são realizadas ações de combate e controle vetorial nas áreas de grande aglomeração de pessoas. Dentre essas ações, a Vigilância em Saúde, por meio da equipe de Endemias realiza atividades educativas nas escolas, a fim de orientar a comunidade escolar sobre os cuidados com a coleta de lixo e eliminação de potenciais criadouros de mosquitos.

A equipe de Endemias realizou visitas domiciliares, captura de larvas e alados, termonebulização e borrifação nas localidades: Canta-galo, Aeroporto, Porto, Orlas do município, Bumbódromo, Centro, Francesa, São Benedito, Raimundo Muniz, Vitória Régia, Cemitério e áreas alagadiças (Itaúna I, São José Operário, União, Paulo Correa, Santa Clara, Baixadas no Palmares e Santa Rita de cássia). No período de pré e durante o Festival também foram distribuídos 4.000 kits prevenção contendo: folder educativo sobre dengue, zika, chicungunya e repelente.

Segundo o Relatório das Ações Festival Folclórico (2019), a Equipe de Vigilância Epidemiológica notificou 294 agravos, detalhados na tabela 01.

Tabela 01. Notificações de Agravos

Agravo	n	Diagnóstico
Meningite	1	Descartado
Doenças diarreicas	212	Descartado surto alimentar
Acidente de trânsito	42	Leves/Moderados
Casos Febris	39	Descartado para Dengue, Zika, Chicungunya, Malaria

Fonte: SEMSA/CVS, 2019.

O monitoramento notificações e atendimentos nos serviços de saúde, durante os eventos em massa, contribui com a detecção precoce de emergências em saúde pública e assim subsidia a priorização de ações e medidas de prevenção e controle necessárias caso haja uma emergência (Brasil, 2018).

Desta forma, organizou-se a equipe condutora de investigação de surto composta por técnicos da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM-AM), Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (EpiSUS), cuja finalidade era monitorar os atendimentos de saúde durante a realização do Festival Folclórico de Parintins.

O monitoramento dos atendimentos de saúde iniciou no dia 27 de junho de 2019 e foram registrados 202 atendimentos, dos quais 81 (40,1%) eram relacionados ao evento (tabela 02).

Tabela 02. Distribuição de atendimentos de saúde investigados durante o Festival Folclórico, segundo dados sociodemográficos, Parintins-AM, 2019.

Local de atendimento	Geral	Relacionado ao Festival	%
Hospital Jofre Cohen	84	32	38,1%
Hospital Padre Colombo	105	36	34,3%
Posto da Festa do Visitante	13	13	100%
Geral	202	81	40,1%

Fonte: FVS, SEMSA, MS, 2019

Os dados indicaram que a busca por atendimentos relacionados ao Festival foi mais frequente em indivíduos do sexo masculino (60,5%), na faixa etária de 20 a 39 anos, e 20 (24,7%) dos usuários atendidos estavam trabalhando no evento.

No tocante ao local de procedência, o perfil do usuário era de turistas nacionais 47 (58,8%), dos quais 79 (97,5%) residiam no Brasil e 49 (60,5%) deles residiam em Manaus (tabela 03).

Os principais motivos de atendimento foram: 52 (64%) motivo clínico, 3 (4%) descompensação de doença crônica, 2 (2%) embriaguez, 15 (19%) trauma e 9 (11%) ignorado. Os sinais e sintomas mais frequentes nos indivíduos que buscaram atendimento no dia 27/06/2019 foram: 20 (24,7%) febre, 14 (17,3%) dor abdominal, 14 (17,3%) vômito, 12 (14,8%) diarreia, 11 (13,6%) dor em membros, 11 (13,6%) náusea, 10 (12,3%) cefaléia.

Os tipos de procedimentos realizados foram: 44 (54,3%) medicação, 41 (50,6%) aferição de pressão arterial, 10 (12,3%) Raio X, 14 (17,3%) curativo, 9 (11,1%) teste de glicemia e 7 (8,6%) outros procedimentos, 5 (6,2%) exames laboratoriais. Em relação a evolução/encaminhamento dos indivíduos atendidos, 40 (55,0%) tiveram alta médica, 29 (40,0%) estavam em observação e 4 (5,0%) foram transferidos.

Tabela 03. Distribuição dos atendimentos relacionados ao festival, segundo procedência, Parintins-AM, 2019.

País de residência		n = 81	%
Brasil		79	97,5
França		2	2,5
Estados	Municípios de Residência	n	%
Amazonas	Manaus	49	60,5
	Parintins	17	21,0
	Boa Vista do Ramos	1	1,2
	Itacoatiara	1	1,2
	Itapiranga	2	2,5
	Tefé	1	1,2
	Maués	1	1,2
	Presidente Figueiredo	1	1,2
Rio de Janeiro	Araruama	2	2,5
Pará	Terra Santa	1	1,2
Rio Grande do Sul	Agudo	2	2,5
São Paulo	São Paulo	2	2,5
Estado fora do Brasil	Não informado	2	2,5

Fonte: FVS, SEMSA, MS, 2019

Isto posto, é importante destacar importante de papel que a Vigilância em Saúde realiza na articulação intrasetorial entre os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Padre Colombo e Jofre Cohen e os fiscais de Vigilância Epidemiológica para acompanhamento dos atendimentos em saúde.

O Laboratório de Endemias também tem um papel fundamento durante os atendimentos, visto que realiza diagnóstico de Dengue e Malária. Atendendo a demanda dos hospitais. Em 2019, durante o evento foram realizados 5 exames para malária (4 casos descartados e 1 caso positivo importado de Maués); 6 exames de dengue, todos descartados. Também foram disponibilizados para os hospitais 100 kits de teste rápido, 50 para dengue e 50 para zika vírus.

Além das ações já descritas, durante 54º Festival Folclórico/2019 foram realizadas:

- Atenção especial à segurança e saúde dos trabalhadores das Agremiações folclóricas dos Bumbais, com inspeção e orientações sanitárias para prevenção de riscos e agravos à saúde relacionados ao ambiente de trabalho, promovendo ainda a imunização contra Febre Amarela, Hepatites, Tríplice-viral (sarampo, caxumba e rubéola), H1N1, Difteria e Tétano.

- A vigilância na Rede de Hotelaria visa intensificar o licenciamento de hotéis, motéis, pousadas e congêneres. Inicia no mês de abril, com a inspeção prévia dos estabelecimentos juntamente com Corpo de Bombeiros e a Secretaria de Turismo Estadual e Municipal. As ações são de fiscalização, avaliação das condições higiênico-sanitária, orientação quanto à prevenção de doenças transmissíveis, exploração sexual infanto-juvenil, além da divulgação dos Serviços de Saúde para atendimento aos Turistas.
- A vigilância para Segurança Alimentar trabalha na intensificação de licenciamento dos estabelecimentos de alimentação, no período de maio a junho. A Coordenadoria de Terras e Arrecadação promove o Curso de Noções Básica de Boas Práticas na manipulação de alimentos para público que busca credenciado para o comércio de alimentos durante o evento. Também são realizadas orientações quanto ao descarte de resíduos sólidos, a imunização de ambulantes e a realização de testes rápido para HIV, Sífilis e Hepatites virias.
- Também são realizadas ações de Profilaxia da Raiva Humana e Animal juntamente com a equipe de Atenção Básica e PNI, cujo objetivo é notificar e imunizar indivíduos agredidos por animais como cães e gatos e consequente resgate destes animais pela equipe de zoonoses. Durante o Festival são disponibilizadas salas de vacina em duas Unidades Básicas de Saúde de referência de tratamento para raiva humana, com intuito de se realizar um trabalho com melhor eficiência e bons resultados no tratamento.

Importante destacar que foram realizadas ações de monitoramento e desenvolvimento do Plano de Contingência para o Sarampo, pois havia uma epidemia em Manaus naquele ano.

As ações pós Festival se encerram com a avaliação final do evento. Na edição do Festival Folclórico de Parintins (2019) a avaliação destacou pontos positivos quanto a integração de vários órgãos das três esferas de governamental e, ainda:

- Cumprimento do plano de Ação para o 52º Festival Folclórico de Parintins;
- Integração das Vigilâncias em Saúde do Município em ações preventivas integradas;
- Apoio da Vigilância Sanitária do Estado (DEVISA/FVS) no pré e durante o festival, nas ações de maior complexidade e alinhamentos das ações;
- Participação efetiva da Vigilância Epidemiológica do município com assento no Centro de Integrado Controle de Operação, fortalecendo as ações e garantindo segurança de atuação nas abordagens das equipes durante a fiscalização;

- Integração entre os órgãos municipais; Secretaria de Saúde, Secretaria de Obras, Secretaria Finanças e Arrecadação/Setor de Terras, SEMAST, Conselho Tutelar, Defesa Municipal, dentre outros;
- Melhor aceitação pelo setor regulado, dos serviços ofertados pela Vigilância Sanitária;
- Melhor aceitação pela população dos serviços ofertado pela Vigilância Sanitária;
- Não houve registro de surtos, intoxicação por doenças vinculados ao consumo de alimentos;
- Apreensão e inutilização de produtos impróprios para o consumo humano, durante o evento;
- Monitoramento das ações, trabalho preventivo e educativo das ações de Vigilância Sanitária.

No que se refere aos pontos a melhorar, a avaliação destacou:

- Presença de ambulantes de comercialização de alimentos, que vieram de outras cidades e não passaram pelo processo de orientação de boas práticas de serviços de alimentação e pelo cadastro junto ao Setor de Terras e Vigilância Sanitária, sendo necessário o uso do poder de polícia para cumprimentos de normas sanitárias;
- Uso de espetos de churrasco inadequados e vendas de bebidas em garrafas de vidro, itens proibidos, além de instalações de barracas sem autorização em área restrita;
- Falta de cobertura de fiscalização mais efetiva nos palcos alternativos.

Considerações Finais

No processo de implantação do SUS nos idos da década de 1990, apesar do foco inicial ser a descentralização da rede de serviços com ênfase no papel que o município assumia na prestação da saúde à população de seu território, simultaneamente houve um movimento de indução do governo federal para que estes, gradativamente, assumissem as ações relacionadas à vigilância em saúde ao rol de suas responsabilidades.

Por sua vez, o Programa Saúde da Família e, posteriormente, sua definição, como estratégia prioritária na configuração de um modelo de saúde que tem a atenção primária como centro dinamizador da rede de atenção à saúde fortaleceu a necessidade de se integrar as ações de atenção à saúde às ações de vigilância no território.

É no bojo desse processo que municípios como Parintins e as ações de vigilância em saúde deflagradas no período do festival configuram-se como essenciais. Conhecer amplamente a população e o território sob sua responsabilidade sanitária, os agravos mais incidentes, além daqueles que eventualmente podem ocorrer no período das festas, devido ao intenso trânsito de pessoas é condição sine qua non não apenas para assegurar a proteção da população local, mas também para identificar de forma oportuna outros eventuais riscos à saúde que podem ocorrer.

Os eventos de massa ao passo que ajudam a circular a economia, geram emprego e renda, fortalecem a cultura e as tradições, também trazem inúmeros desafios à saúde pública. Entre os desafios estão: o elevado trânsito de pessoas, o número de trabalhadores nas agremiações, os possíveis desastres, epidemias, emergências e qualidade dos produtos de consumo.

Desta forma, tanto os determinantes em saúde, quanto as condições de saúde da população devem ser levadas em consideração no ato de planejar, pois para que um bom planejamento seja alcançado é necessário consubstanciá-lo na totalidade da compreensão da realidade do território e seus determinantes.

Logo, é necessário que a Vigilância em Saúde se utilize da Análise de Situação de Saúde (ASIS) como uma ferramenta que facilita a identificação de necessidades e prioridades, bem como subsidie a identificação de intervenções e programas adequados e a avaliação do seu impacto na saúde (OPAS, 1999).

A Secretaria Municipal de Saúde de Parintins através da Coordenadoria de Vigilância em Saúde de Parintins preocupa-se com a probabilidade de desencadeamento de situações de surtos e epidemias futuras, devido à existência de um grande contingente populacional susceptível.

O Sistema de Saúde local desenvolve previamente atividades que envolvem o processo de Gestão, Prevenção e Assistência, para que eventos de grande magnitude possam acontecer. Neste contexto, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde através das áreas técnicas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental (Zoonoses, VIGIAGUA e Endemias), busca através das ações integradas eliminar ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade.

Por fim, visando a segurança de todos os participantes do Festival Folclórico de Parintins, a Vigilância em saúde local fomenta um olhar atento àqueles que chegam ao lugar, assegurando a disponibilidade de ações pontuais e serviços em pontos estratégicas da cidade. Nesse interim, ainda persistem dificuldades enfrentadas não apenas por Parintins, mas pela maioria dos municípios do Amazonas em relação a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação e comunicação dos principais problemas de saúde identificados ao gestor estadual da saúde de forma a definição de intervenções eficientes e eficazes.

Referências

- Amazonas Atual. (2018). **Prefeitura seleciona jurados para o Festival Folclórico de Parintins**. <https://www.google.com/search?q=imagens+festival+folclorico+de+parintins>
- Ayres, J; Calazans, G.J; Saletti; Filho, H.C; França, Jr. I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman, M; Drummond ,Jr. M; Carvalho YM, (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; p. 375-417.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Portaria no 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2018. **Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).
- Brasil. (1990). **Lei 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. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
- Castro, C.F.D; Simões, D.C.M; Delamarque, E. V; & Pepe, V.L.E. (2014). Eventos de massa, desastres e saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, 3717-3730.
- Cutter, S.L. (2003). The vulnerability of science and the science of vulnerability. **Annals of the Association of American Geographers**, 93, pp. 1-12.
- FVS-AM. (2019). Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM-AM), Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Ministério da Saúde (EpiSUS). **Relatório de Atualização De Investigação de Surto Festival Folclórico de Parintins**.
- IBGE. (2019). **População Estimada**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019.
- Langmuir, A.D. (1963). The surveillance of communicable diseases of national

importances. **N Engl J Med**, 268(4): 182- 192.

Minayo, M.C.S.; Hartz, Z.M.A.; Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18.

Parintins. (2018). **Plano Municipal de Saúde (2018-2021)**, Parintins.

SEMSA. (2017). **Plano de Ação de Vigilância em Saúde**, Parintins.

SEMSA. (2019). **Relatório das Ações Festival Folclórico Vigilância em Saúde**, Parintins.

Perfil das internações na rede de urgência e emergência em Parintins/AM: olhando para a população ribeirinha do Baixo Rio Amazonas e comunidades adjacentes

10

*Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Michele Milena Gomes da Silva Santos
Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Ana Elizabeth Sousa Reis
Letícia Victoria das Neves Sales
Daniela Estephany Soares da Silva
Bárbara Pereira Pessoa*

Introdução

As mudanças ocorridas no perfil de internações hospitalares no Brasil nas últimas décadas despertam reflexões acerca do estilo de vida da população. Até meados da década de 1980 o Brasil vivenciou o padrão de internação hospitalar com epidemia de doenças como a Poliomielite e Malária. Este cenário se modificou, com diminuição de doenças infecciosas e o aumento de doenças crônicas de caráter progressivo e agravos/doenças provenientes de causas externas, estas últimas principalmente relacionadas ao crescimento desordenado das cidades brasileiras. Essa mudança ocorreu, principalmente, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus diversos programas nacionais, como o Programa Nacional de Imunização, que tinham como princípio basilar o direito à saúde e políticas de caráter preventivo e curativo de viés individual (Viana et al., 2007).

Estudar as causas das internações hospitalares no Brasil têm a função essencial de orientar políticas públicas de forma mais eficaz, baseando-se em evidências capazes de guiar elaboração de programas de ação de saúde (Bittencourt et al., 2006). Ao pesquisar os dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) é possível também indicar os altos valores gastos pelo setor público em serviços hospitalares. Assim, "o conhecimento do perfil de hospitalização dessa população constitui-se fator importante à construção de indicadores para



o planejamento e monitoramento das ações de saúde e para a alocação de recursos governamentais” (Bordin et al, 2018, p. 45).

A rede de urgência e emergência (RUE), segundo o Ministério da Saúde, é composta por diversos pontos de atenção, desde atenção primária até alta complexidade e, “a atenção à urgência e emergência em tempo oportuno e de forma qualificada reveste-se de grande importância por salvar vidas, evitar sequelas e reduzir o sofrimento das pessoas no momento em que elas mais necessitam dos serviços de saúde” (Conass, 2015, p. 23). Assim, este estudo objetiva levantar o perfil de internação hospitalar da população ribeirinha do Baixo Amazonas e entorno no uso dos serviços de urgência e emergência dos hospitais de Parintins, Amazonas, nos anos de 2017 a 2018, tendo em vista a presente transição epidemiológica vivida pelo Brasil, e dos altos valores gastos pelo setor público em serviços hospitalares.

A Rede Urgência e Emergência do município conta com duas estruturas de média complexidade, com escalas de urgência e emergência e internação. Os dois hospitais ofertam cento e vinte nove (129) leitos, distribuídos da seguinte forma: sessenta e oito (68) no Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen e sessenta um (61) no Hospital Padre Colombo.

O primeiro hospital é de gestão municipal e oferece os serviços: internação em Clínica Médica, Obstetrícia, Neonatologia, Odontologia, Cirurgias (eletivas e urgências) e Cardiologia, além de 04 leitos de Cuidados Intermediários (UCI), Laboratório de Análises Clínicas e exames de imagem (radiologia, mamografia e USG). O segundo hospital, serviço filantrópico da Igreja Católica, sem fins lucrativos é referência em pediatria e atendimento ambulatorial em ortopedia, cirurgia ortopédica, dispõe ainda dos serviços de internação: Clínica Médica, Obstetrícia, Neonatologia, posto de coleta de banco de leite e um leito para cuidados intensivos.

Materiais e Métodos

Os dados foram obtidos no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, coletados diretamente no banco local em dezembro de 2019. Para tanto, foram acessados os espelhos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em QRP e convertidos em PDF. Após a conversão em PD, os dados foram organizados em planilhas do software Microsoft Excel 2010 e Microsoft Word 2010. Ao final, os dados foram analisados através da estatística descritiva, considerando o número absoluto e frequência dos dados em cada variável, a distribuição dos dados foi organizada em tabelas e gráficos apresentados ao longo dos resultados.

Para este estudo foram eleitas as variáveis: sexo, faixa etária, procedência do usuário, diagnóstico principal da internação e condições sensíveis à atenção primária. Para categorização da variável “procedência do usuário” os dados do endereço foram comparados a lista de Regiões do Plano Diretor (2006) e as

comunidades ribeirinhas de cada região, consultadas no Plano Ação da Malária (2017), de Parintins/AM (quadro 01).

Quadro 01. Região Rurais de Parintins e suas comunidades.

Região	Comunidades
Mocambo 07 comunidades	Agrovila de São João Batista, N. Senhora de Lourdes (bairro), São Tomé, Santo Antônio (Núcleo Neo Testamentário e Núcleo N. S. Aparecida), São Pedro, Vila Remanso, Marajá.
Caburi	Agrovila de São Sebastião, Santa Terezinha, Palhau, Vila Nogueira, Monte Sinai, Esperança, Panauaru, Buiúcu, Mato Grosso, N. S Graças do Aduacá, Divino Espírito Santo do Aduacá.
Várzea do Rio Amazonas 25 comunidades	Margem Esquerda: Limão de Cima, Repartimento do Limão, Limão de Baixo, Águia, Saracura, Araçatuba, Borralho.
	Margem Direita: Vila Bentes, Santa Rita do Boto, São Sebastião do Boto, Espírito Santo do Meio, Espírito Santo de Cima, Espírito Santo de Baixo, Brasília, Catispera, Imaculada Conceição Itaboraí, São Jose Itaboraí, Menino Deus Itaboraí, Paraná de Parintins de Baixo, Paraná de Parintins de Meio, Valha-me Deus.
	Ilhas Centrais: Ilha das Guaribas, Ilha das Onças, Vila Nova, Ilha do Arco, Ilha do Arquinho.
Gleba Vila Amazônia 33 comunidades	Brasil Roça, Bom Socorro, Santa Fé, Boa Esperança, Nossa Senhora de Nazaré Paraíso, Zé Mirim, Máximo, Badajos.
	Valeria: São Paulo, Santa Rita, Samaria, Betel, Bete Semes, Santa Maria do Morituba, Santo Antônio do Morituba, Parintinzinho, Recordação e Fé em Deus.
	Vila Amazônia: Santa Maria da Vila Amazônia, Mato Grosso, Colônia Açaí, Colônia Nova Olinda, Colônia Independência, N.S.PS Colônia Laguinho, São Jose Laguinho, São João Laguinho, São Jorge do Jauari, Santa Clara do Jauari, Miriti, Colônia Ponta Alegre, Santa Clara do Quebrinha, São Sebastião do Quebra, Colônia Flor de Maio, Colônia Irmãos Coragens.
Rio Uaicurapá e região 15 comunidades	N. S. Conceição do Ramos, Maranhão, São Tomé, Peixe Marinho, Monte Sinai Timbó, Monte Horebe, Gregoste, Santo André do Marajó, São Pedro do Marajó, Remijo, Cajual, Toledo Pizza, São Carlos, São Sebastião do Jará, Canarinho do Jará.
Rio Mamuru e região 17 comunidades	Varre vento, Boa Vista, Semeão Ponta Alta, Samaúma, Mangueirão, Sabina, Mocambo, Moriá, Guaranatuba, Simeão Socorro, São Francisco, Terra Preta, Manain, Monte Sinai Trapiá, Igarapé Açú e Arauá.
Entorno de Parintins 03 comunidades	Aninga, Macurani e Parananema
Rio Tracajá e região 10 comunidades	Sagrado Coração de Jesus, Santo Antônio, N. S. Fatima, São Benedito, Arizona, Colônia Soares, Novo Oriente, Filadélfia Jacu, São João do Jacu, Fluminense.
Área Indígena 10 aldeias	No rio Uaicurapá, Nova Galileia, Vila Batista, Monte Carmelo, Vila da Paz, Nova Alegria, Monte Betel, São Francisco e No rio Mamuru, Campo Branco, Ipiranga e Nossa Senhora de Aparecida.

Fonte: Pesquisa Documental, 2020.

A categorização da "causa de internação", por sua vez, foi realizada por meio da comparação do "diagnóstico principal" com os grupos do CID 10. Também a

variável “diagnóstico principal” foi comparada a lista de Condições sensíveis à atenção primária (quadro 02).

Quadro 02. Lista de condições sensíveis à Atenção Primária.

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37, A36, A33 a A35, B26, B06, B05, A95, B16, G00.0, A17.0, A19, A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9, A18, I00 a I02, A51 a A53, B50 a B54, B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	E86, A00 a A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências Nutricionais	E40 a E46, E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00, J01, J02, J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1
7	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40, J41, J42, J43, J47, J44
9	Hipertensão	I10, I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência Cardíaca	I50, J81
12	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1, E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8, E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	N10, N11, N12, N30, N34, N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01, L02, L03, L04, L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70, N71, N72, N73, N75, N76
18	Úlceras gastrointestinais	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	O23, A50, P35.0

Fonte: Adaptado da Portaria nº 221/2008 do Ministério da Saúde.

É importante destacar que se trata de um estudo descritivo e quantitativo das internações da população ribeirinha nos Hospitais Regional Dr. Jofre Cohen e Padre Colombo, nos anos de 2017 e 2018.

Discussão e Resultados

O território Amazônico possui aspectos políticos, culturais e sociais diversos. Dentre essa diversidade de territórios, está o município de Parintins/AM, localizado à margem direita do rio Amazonas, distante 372 quilômetros em linha reta da capital Manaus, município polo da Região do Baixo Amazonas. Os municípios que compõem a região de saúde são os seguintes: Parintins, Barreirinha, Nhamundá, Maués, Boa Vista do Ramos. A área indígena, de gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Parintins abrange todos os municípios, com exceção de Boa Vista do Ramos.

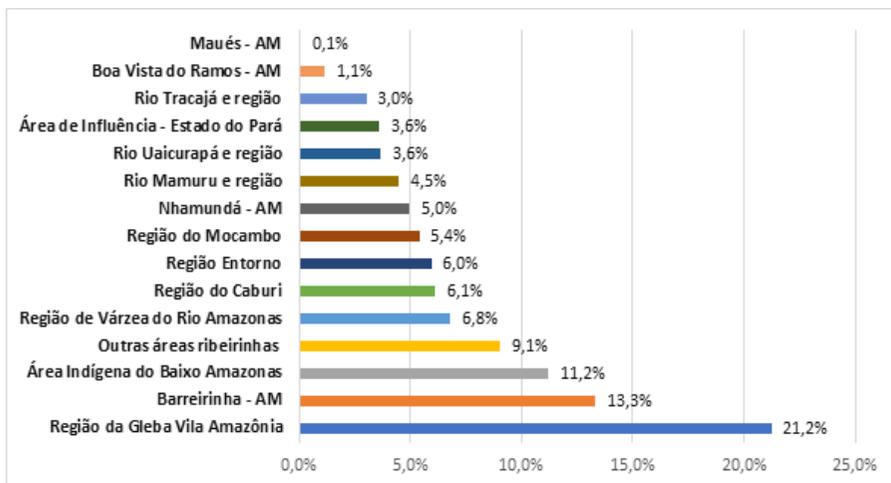
De 6876 internações nos anos de 2017 e 2018, a população ribeirinha do Baixo Amazonas e entorno corresponde a 50,4% (3464). Na tabela 01 é possível observar que 54,7 % (1735) das internações ocorreram no Hospital Regional Jofre de Matos Cohen, destacando-se atendimentos por “doenças do aparelho digestivo”, especialmente em decorrência de cirurgias de vesícula, hérnia e apêndice, visto os mutirões cirúrgicos realizados no hospital em 2018. E 46,6% no Hospital Padre Colombo, com destaque para “causas externas de morbidade e mortalidade”, uma vez que aquele hospital é referência em cirurgias ortopédicas, geralmente realizadas em decorrência de acidentes de trânsito e quedas.

Hospital	População Geral	População Ribeirinha do Baixo Amazonas e entorno	Percentual
Hospital Padre Colombo	3707	1729	46,6%
Hospital Regional Jofre de Matos Cohen	3169	1735	54,7%
Total Geral	6876	3464	50,4%

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, 2019.

Neste estudo, observamos a predominância das internações em caráter de urgência sobre as de caráter eletivo. Por definição, as internações eletivas são aquelas nas quais é possível o agendamento da hospitalização, diferentemente das internações consideradas de urgência e emergência, cuja situação pode levar à morte por não atendimento. São consideradas internações os atendimentos cuja o indivíduo permanece no serviço de saúde por mais de 24h.

Os dados indicaram ainda que a população ribeirinha é procedente principalmente da Região da Gleba Vila Amazônia (21,2%), de Barreirinha – AM (13,3%), da Área indígena do Baixo Amazonas (11,2%), outras áreas ribeirinhas não especificadas (9,1%) e da Região de Várzea do Rio Amazonas (6,8%). Ao contrário do que se costuma noticiar em Parintins, os leitos de internação são pouco utilizados pela população da área de influência do Estado do Pará, correspondendo a 3,6% de todas as internações (figura 01).

Figura 01. Percentual de internação, segundo local de residência, 2017-2018.

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, 2019.

A primeira causa de internação é a “Gravidez, parto e puerpério”, corresponde a 49,1% (1700) do total de internação. No período de estudo, foram realizados 1092 partos, sendo 966 (88%) partos espontâneos sem complicações e 128 (12%) partos por cesariana. Dentre as indicações de partos cesáreos estão o sofrimento fetal, pré-eclâmpsia, gravidez prolongada e pouco líquido amniótico.

Diferentemente do cenário brasileiro, neste estudo, as internações relacionadas ao parto seguem o preconizado pelo Ministério da Saúde (2001) que indica o parto cesáreo em situações de complicações durante a gravidez que possa causar risco para a mãe, o bebê ou ambos. Além disso, o parto normal (vaginal) possui alguns benefícios, tanto para a mãe quanto para a criança, como reabilitação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, pouco risco de hemorragia e infecções.

Por outro lado, é importante refletirmos sobre a necessidade de internação nos casos partos vaginais sem complicação. Desde a Instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, em junho de 2000, busca-se “o ambiente propício para que a mulher possa vivenciar plenamente o momento do parto, com autonomia e protagonismo, mediante a garantia do seu bem-estar físico e emocional, com o mínimo de intervenções e uma atenta observação e acompanhamento” (Brasil, p. 60), na perspectiva dos direitos de cidadania. Isso inclui, o parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais¹.

Abreu (2005) reflete que na prática da parteira tradicional estão presentes vários dos princípios preconizados para a humanização do parto e do nascimento, como a

formação de vínculos solidários, o apoio emocional, práticas não intervencionistas, o respeito à mulher e à fisiologia do parto, muito embora no pensamento predominante, essa prática tem sido associada às ideias da falta de higiene, da ignorância e do subdesenvolvimento, desvalorizando o conhecimento tradicional.

O ato de partejar é passado de geração em geração, se distingue das demais práticas de saúde que envolvem o parto e o nascimento, por estar intimamente relacionado à produção e aos modos de vida próprios dessas cuidadoras. Esse tipo de atenção não se limita aos ciclos. Podemos compreender esse cuidado como um modo próprio de produzir saúde e vida, principalmente em contextos culturalmente específicos, como o Amazônico. A religiosidade e a determinação em ajudar aos mais carentes são aptidões comuns nesse espaço (Sousa e Lima, 2018).

Verificou-se que as mulheres no ápice da idade reprodutiva, na faixa etária entre 20 e 29 anos, correspondem ao principal gênero de pacientes internados. E ainda que existe o predomínio de internações por causas obstétricas sobre as de causas não obstétricas. Ainda neste grupo, verificou-se que Assistência prestada à mãe por apresentação pélvica (314), seguidos por abortos e ameaças de aborto (129), falso trabalho de parto (37), infecções do trato genital na gravidez (31), dentre outras são causas de internação.

Em segundo lugar, "*Causas externas de morbidade e de mortalidade*" com 12,7% das internações no período, abrangem os acidentes e as violências que provocam algum tipo de lesão, seja física ou psíquica, e que podem ou não ter o óbito como desfecho e, são causas completamente evitáveis.

Nas últimas décadas, o Brasil teve mudanças expressivas no perfil epidemiológico dos agravos por causas externas. Entre as características particulares das causas externas estão a sua complexidade e abrangência, por reunirem diferentes tipos de agravos, a saber: acidentes de trânsito, violência interpessoal ou autoprovocada, afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outras, demandando intervenções distintas, segundo Minayo (2006).

Neste grupo do CID, os dados apontaram que "queda de mesmo nível" é o principal motivo de internação entre crianças e adolescentes (89 internações), seguido por "*acidentes de trânsito com motocicleta*", com 38 internações na faixa-etária. Os achados são semelhantes a resultados de outros estudos sobre morbidade hospitalar por causas externas na Região Norte do Brasil, inclusive a crescente internação dos por acidentes de transportes terrestres.

No Brasil, o acidente de trânsito é o tipo de acidente que mais mata crianças e adolescentes. Essas crianças estão no trânsito como pedestres, passageiros e ciclistas. Numa pesquisa encomendada pela Organização não governamental Criança Segura sobre a percepção e o comportamento das mães de cinco capitais brasileiras a respeito de acidentes com crianças, revela-se outro dado alarmante: apenas 13% das mães entrevistadas afirmam que poderiam, a partir da prevenção, evitar os acidentes de trânsito com crianças na condição de passageiros, ou seja,

apresenta-se o desconhecimento dos pais sobre os equipamentos de segurança como cadeirinhas e assentos de elevação, capacetes e, mais ainda, ratificando a ideia de “acidente” como “fatalidade” (Guedes e Silva, 2017).

Vasconcelos (2013) destaca que o processo de liberalização econômica, afetou a área do transporte público, na área do trânsito, e políticas federais apoiaram a massificação do uso de uma nova tecnologia – a motocicleta – que passou a ser intensamente utilizada na entrega de documentos e pequenas mercadorias nas cidades. Na área rural, as motocicletas substituíram os deslocamentos com uso de animais.

Reconhecendo a gravidade do cenário de mortes e lesões por acidentes de trânsito em todo o mundo fizeram a Organização das Nações Unidas – ONU instituir a “*Década Mundial de Ações pela Segurança Viária, o período de 2011 a 2020*”. A meta “*reduzir pela metade a projeção dos níveis de fatalidades no trânsito*” passou a integrar uma das metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 “*Saúde e Bem-estar*” que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades e 11 “*Cidades e Comunidades Sustentáveis*”, visando tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

A mobilidade segura também passou a ser tema prioritário nas ações da Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2016, por isso o Ministério da Saúde instituiu em 2013 o Projeto Vida no Trânsito (PVT) que tem como foco das ações a intervenção em fatores de risco, dentre os quais consta a velocidade excessiva e/ou inadequada e acidentes de transporte terrestre envolvendo motociclistas (Neves e Guedes, 2015).

As “*Doenças do Aparelho Digestivo*”, figuram o terceiro lugar, com 7,2%, sobretudo em idosos, crianças e imunodeprimidos, são as infecções gastrointestinais, sendo a doença diarreica uma das principais nesse âmbito, o que demonstra, mesmo diante da evidente transição epidemiológica que o Brasil vive, características marcantes típicas de países em desenvolvimento. Duarte et al. (2019) enfatizam que a morbimortalidade por diarreia é um problema de saúde pública em diversas regiões do mundo e está condicionada a várias causas, mas a pobreza, as condições precárias de saneamento básico e as condições climáticas e ambientais que favorecem a transmissão dos patógenos são críticos na modulação, frequência e gravidade dessa doença.

A área de estudo é fortemente marcada pelos ciclos das águas. Nos períodos de chuva, que costumam ocorrer entre os meses de dezembro a março, o nível do rio Amazonas e de seus afluentes, aumenta consideravelmente na maioria das vezes, transborda e causam alagamentos em boa parte da região. Nas cidades, quando isso acontecem, o saneamento básico ineficiente provoca O padrão sazonal das chuvas no estado é regular. Altas vazões no inverno amazônico são previsíveis, mas a ocupação desordenada das planícies de inundação favorece a ocorrência dos alagamentos (Bartolli, Schor e Oliveira, 2020).

Importante ressaltar que o Norte é a segunda região mais pobres do País e apresenta uma das maiores taxas de incidência de doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos de idade, depois da região Nordeste (Duarte et al, 2019). Desta forma, a vigilância da qualidade da água para consumo humano deve ser prioridade da gestão municipal, pois visa garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente - Portaria MS nº 518/2004 e para avaliar os riscos que a água consumida representa à saúde humana.

Em quarto lugar, com 7,0%, destacam-se as “Doenças do aparelho respiratório”. Do total de internações por essa causa (243), crianças e adolescentes correspondem a mais que metade (143), seguidos por idosos (73). Os diagnósticos principais são de pneumonia, bronquite e asma, ratificando um estudo realizado por Andrade Filho et al (2003), em Manaus, que indicou como causas frequentes das internações em crianças naquela cidade pneumonia, gripe e asma, comportando-se de maneira sazonal, especialmente com picos na época de chuvas intensas ou queimadas.

Em Parintins, o maior número de internações ocorreu no período de vazante do rio, entre junho e novembro, com o pico em setembro de ambos os anos. Considerado o verão amazônico, neste período tem um aumento na incidência de queimadas. O Amazonas detectados 836 focos de queimadas em 2018. Entre os 62 municípios do Amazonas, os municípios com maior incidência de queimadas (Lábrea, Apuí e Manicoré) situam-se à porção sul do estado. O período seco, de agosto a outubro, correspondeu à maior ocorrência de focos de queimadas (70% de todos os focos), segundo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). É importante destacar a complexidade em avaliar os efeitos de partículas emitidas em queimadas sobre a saúde humana, em especial sobre as populações mais vulneráveis, devido a uma série de fatores interrelacionados de importância socioeconômica, clínica, epidemiológica e ambiental (Andrade Filho et al, 2003).

Outros grupos de internação foram: 5° - Algumas afecções originadas no período perinatal (195) com 5,6%; 6° - Doenças do aparelho geniturinário (128) com 3,7%; 7° - Doenças do aparelho circulatório (102) com 2,9%; dentre outros descritos na tabela 02.

Ordem	Motivo da Internação	N°	Percentual
1°	Gravidez, parto e puerpério	1700	49,1%
2°	Causas externas de morbidade e de mortalidade	439	12,7%
3°	Doenças do aparelho digestivo	249	7,2%
4°	Doenças do aparelho respiratório	243	7,0%
5°	Algumas afecções originadas no período perinatal	195	5,6%
6°	Doenças do aparelho geniturinário	128	3,7%
7°	Doenças do aparelho circulatório	102	2,9%
8°	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	92	2,7%
9°	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	68	2,0%

10°	CID não especificado	64	1,8%
11°	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	40	1,2%
12°	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	32	0,9%
13°	Neoplasias	27	0,8%
14°	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	20	0,6%
15°	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	16	0,5%
16°	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	14	0,4%
17°	Doenças do sistema nervoso	12	0,3%
18°	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	12	0,3%
19°	Lesões, envenenamentos e causas externas	6	0,2%
20°	Doenças do olho e anexos	3	0,1%
21°	Transtornos mentais e comportamentais	2	0,1%
	Total Geral	3464	100%

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, 2019.

No contexto das internações, também buscou-se verificar as “Condições Sensíveis à Atenção Primária”, importante instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar que pode ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal, segundo a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como concepção atender as necessidades de saúde da população. O fortalecimento e a estruturação da APS são fundamentais na organização dos sistemas de saúde, sendo o nível primário a porta principal de entrada no sistema e responsável pela resolução de cerca de 80,0% dos problemas de saúde da população (Fernandes et al, 2009).

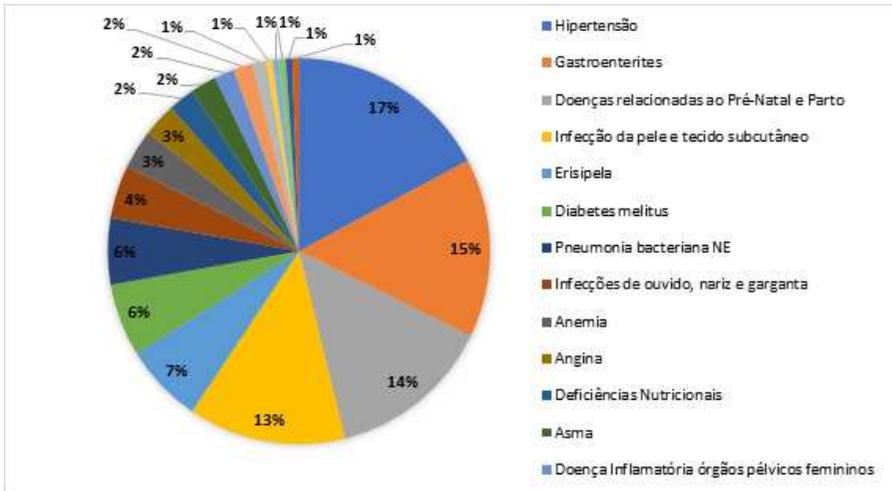
No Brasil, como forma de fortalecer a APS e atingir os objetivos do SUS, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui como um modelo de cuidados primários elaborado para: facilitar o acesso aos serviços de saúde; ser o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde; proporcionar cuidados efetivos, de forma integral, com coordenação com os outros serviços de saúde, no contexto de atenção centrada na família e comunidade, de forma a superar as desigualdades, buscando a equidade no sistema (Brasil, 2016).

Os dados indicaram a baixa incidência de internações por “Condições Sensíveis à Atenção Primária”, postulando 180 internações. Além disso, quando verificado o local de procedência dos usuários, observou-se que 22,2% (40) vieram de outros municípios do Baixo Amazonas, principalmente de Barreirinha, 5,6% (10) da Área

Indígena do Baixo Amazonas e 2,2% (4) da área de Influência do Estado do Pará. Os casos oriundos de localidades de Parintins corresponderam a 23,9% (43) da Região da Gleba Vila Amazônia, 5,6% (10) da Região de Várzea do Rio Amazonas, 7,8% (14) da Região Entorno, 6,7% (14) de outras áreas ribeirinhas não especificadas e menos de 25% (32) das regiões do Mocambo, Caburi, Rio Mamuru, Rio Tracajá e Rio Uaicurapá, locais onde tem-se equipes de saúde ribeirinhas implantadas. Assim, é possível inferir a alta resolutividade da APS no município.

É importante destacar que deste total 17% foram relacionados a Hipertensão; 15% Gastroenterites; 14% Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, dentre outras (figura 02). Embora “Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis” como a tuberculose pulmonar tenha aparecido em baixo número, foi a que levou a óbito neste grupo. Considerando o fato de que o Amazonas apresentou em 2018, o maior coeficiente de incidência de tuberculose do país, perfazendo 72,9 casos por 100 mil habitantes e que as unidades básicas de saúde devem oferecer o atendimento clínico e medicamentoso nestes casos, a vigilância epidemiológica da tuberculose deve ficar atenta aos sinais e sintomas das doenças para que ela não leve a morte pessoas jovens como foi este caso.

Figura 02. Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária, 2017-2018



Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, 2019.

Quanto às principais causas de óbitos durante as internações, destacam-se, respectivamente: as doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, ambas relacionadas ao grupo etário de idosos. Para Bordin et al (2018) se faz necessário por parte dos governos e da população a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida de pessoas

idosas, uma vez que que o perfil de doenças entre idosos exige mais recursos, com impacto direto nos serviços de saúde e no nível de utilização hospitalar, especialmente nos de longa duração.

Conclusões

A pesquisa em tela permitiu concluir que a maioria das internações hospitalares foi de pacientes do sexo feminino, de faixa etária predominante de 20 a 29 anos, com a maior parcela dos pacientes internados de cor parda e indígenas.

O caráter de atendimento predominante foi por urgência. Os maiores motivos das internações relacionam-se à gravidez, parto e puerpério, o que condiz com a faixa etária e gênero sexual predominante, inclusive com o próprio caráter de urgência/emergência majoritário. A inclusão nas equipes de saúde de parteira tradicionais e outros cuidadores e a incorporação de saberes e práticas populares existentes na comunidade são estratégias importantes para promoção da saúde da população ribeirinha, valoriza a cultura local, qualifica o trabalho da equipe, potencializa e amplia as atividades de atenção primária em saúde, bem como pode diminuir as internações por parto vaginal sem complicações nos Hospitais de Parintins.

As “Causas externas de morbidade e de mortalidade” corresponderam a segunda causa de internação de crianças e adolescentes ribeirinhos, principalmente no que concerne a “queda de mesmo nível” e “acidentes de trânsito com motocicleta”, com 38 internações na faixa-etária. Um dado alarmante, visto que até a última década os acidentes de trânsito eram problemas de áreas urbanas.

As “Doenças do Aparelho Digestivo”, em especial a doença diarreica, apareceram em terceiro lugar, no grupo de idosos, crianças e imunodeprimidos, o que demonstra a necessidade de melhoria das condições de saneamento básico das populações rurais extremamente pobres em todo o Brasil, sendo a região Norte a segunda mais pobre do País e com altas taxas de incidência de doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos de idade.

Entre as causas de “Doenças do aparelho respiratório” estão a pneumonia, bronquite e asma, principalmente em época de chuvas intensas ou queimadas. Outros grupos de internação foram: 5° - Algumas afecções originadas no período perinatal (195) com 5,6%; 6° -Doenças do aparelho geniturinário (128) com 3,7%; 7° - Doenças do aparelho circulatório (102) com 2,9.

Em relação às “Condições Sensíveis à Atenção Primária, os dados indicaram a baixa incidência de internações por “Condições Sensíveis à Atenção Primária”, postulando 180 internações, principalmente de ribeirinhos provenientes de outros municípios do Amazonas e de áreas indígenas, sendo possível inferir a alta resolutividade da APS no município. As doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, ambas relacionadas ao grupo etário de idosos, foram as que mais levaram à óbito no período estudado.

Por fim, espera-se que este estudo embase a organização dos leitos do município, propicie a sensibilização das equipes de saúde no que tange à prevenção de agravos de saúde e respectivas consequências e uso dos serviços hospitalares e ainda reforce a necessidade de reordenação dos serviços de atenção primária nas regiões ribeirinhas, incluindo os serviços de urgência básica.

Referências

Abreu, I. P. H. (2005). **Trabalhando com Parteiras Tradicionais: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004**. Brasília. 84 f. Trabalho de conclusão de curso - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Andrade Filho, V.S.de; Artaxo, P.; Hacon, S.; Carmo, C.N.do; Cirino, G. (2013). Aerossóis de queimadas e doenças respiratórias em crianças, Manaus, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 47(2): 239-247, jun. tab, graf. Artigo em português.

Bartoli, E.; Schor, T.; Oliveria, J.A.de. (2020). Cidades médias na Amazônia: ampliando percepções sobre a responsabilidade territorial de Parintins, AM, Brasil. **Terr@Plural**, Ponta Grossa, v.14, p. 1-22, e2013253, 2020.

Brasil. (2001) Ministério da Saúde (BR). Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. [Internet]. 2001. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/c_d04_13.pdf

Brasil. (2012). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, out.

Bittencourt, A.S.; Camacho, L.A.B.; LEAL, M.C. (2006). O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde. Pública.**, v.22, n.1, p. 19-30, jan.

Bordin, D.; Cabral, L.P.A.; Fedel, C.B.; Santos, C.B. dos; Garden, C.R.B. (2018). Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Versão On-line ISSN 1981-2256. vol.21 no.4 Rio de Janeiro jul./ago.

Conass. (2015). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. - Brasília: CONASS, 400 p. - (CONASS Documenta, 28)

Duarte, J.L.; Diaz-Quijano, F.A.; Batista, A.C.; Duarte, A.F.; Melchior, L.A.K.; Giatti, L.L. (2019). Variabilidade climática e interações por doenças diarreicas infecciosas em um município da Amazônia Ocidental brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.24 no.8. Rio de Janeiro Aug. 2019 Epub Aug 05.

Fernandes, V.B.L.; Caldeira, A.P.; Faria, A.A.; Rodrigues Neto, J.F. (2009). Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.6, pp.928-936. Epub Dec 18. ISSN 0034-8910. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>.

Guedes, T.R.O.N. & Silva, M.P.M. (2017). **Política de Segurança no Trânsito em Manaus**. 1ª Edição. Manaus: EDUA.

Minayo, M.C.S. (2006). **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Neves, T.R.O.N. & Guedes, U.P. (2015). Projeto Vida no Trânsito: aplicação em Manaus. IN: **Anais do 20º Congresso Brasileiro de Transporte e Trânsito**, 2015, Santos - SP.

Sousa, T.M.de; Lima, R.T.de. (2018). **O cuidado oferecido por parteiras tradicionais**. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia. Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz - AM.

Vasconcelos, E.A. (2013). **Risco no trânsito, omissão e calamidade impactos do incentivo à motocicleta no Brasil**. [livro eletrônico]. 1ª edição. São Paulo: Editora do Autor.

Viana, A.L.Á.; Machado, C.V.; Baptista, T.W.F.; Lima, L.D.de; Mendonça, M.H.M.; Heimann, L.S.H.; Albuquerque, M.V.; Iozzi, F.L.; David, V.C.; Ibanez, P.; Frederico, S. (2007). Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública** vol.23. Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400002>.

Educação Permanente em Saúde e Educação Popular no município de Parintins

11

*Andreina Bentes de Souza
Rilda Soares da Silva
Maria de Fátima Guedes Araújo
Floriano Lins Anselmo*

Introdução

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instituída em 2004, é uma política pública estratégica que visa promover mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, com base na problematização da realidade e na construção coletiva de soluções, tendo como foco as necessidades da população e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004).

As reflexões que aqui se apresentam são frutos de processos vivenciados na área da Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde, através da participação em capacitação e mobilização de Atores Sociais para Fortalecimento do SUS, com apoio do da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e em parceria com várias entidades e organizações do município de Parintins-AM.

O texto apresenta a trajetória das diferentes atividades de aprendizagem experienciadas no âmbito da gestão municipal e como usuários do SUS, para a implementação e fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Educação Popular. O relato de experiência busca refletir sobre o processo de Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde. A vivência de profissionais e usuários foram compartilhados em rodas de conversa durante atividades socioculturais desenvolvidas no município.

A vivência ocorreu em diferentes cenários como: Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Unidade Básica de Saúde (UBS), nos encontros do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS - Parintins/AM) e ainda em Associação de Mulheres de Parintins, da Articulação Parintins Cidadã, da TEIA de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta do município.

A vivência da Educação Popular em Saúde e os desafios aqui sistematizados



advêm de percepções e práticas militante-populares sobre inéditos viáveis construídos por sujeitos históricos (teóricos libertários) através da Teia de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta (célula de Educação Popular e Saúde) desde o ano de 2016.

Educação Permanente em Saúde e Educação Popular e formação profissional

A Secretaria Municipal de Saúde de Parintins (SEMSA) tem dentre suas prioridades potencializar a qualificação dos profissionais e trabalhadores de saúde e fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) no Município de Parintins atua na perspectiva do fortalecimento, com enfoque para a realidade local e regional. As ações de EPS ocorrem sob a coordenação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) que em parceria com as diversas áreas da SEMSA, elabora a agenda de planejamento de cursos, oficinas e reuniões, assim como o processo de monitoramento e avaliação. As ações de Educação Permanente em Saúde são desenvolvidas para que os profissionais de saúde de todos os níveis de formação (médio, técnico e superior) e, os níveis de atenção à saúde (Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Atenção Especializada) sejam contemplados no processo de qualificação.

Neste sentido, a EPS pode ser entendida como a articulação entre o mundo da educação e do trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao dia a dia de trabalho no SUS. A EPS foi formalizada enquanto política nacional em 2003 e teve como principal objetivo fortalecer o SUS, reforçando os princípios constitucionais da saúde como direito de todos (Ribeiro, Martins, Campos 2015).

O município, na Atenção Básica, conta com 30 equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo 06 da zona rural e 24 da zona urbana, ainda 11 equipes de Saúde Bucal e 04 equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). As equipes são distribuídas em 15 Unidades Básicas de Saúde, sendo 10 UBS na zona Urbana, 05 na Zona Rural e 01 UBS fluvial.

No final de 2018 foi elaborado e executado o Plano municipal de EPS, com apoio do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. O objetivo do PRO EPS-SUS é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (Brasil, 2018). O Plano foi elaborado a partir de um levantamento das necessidades de qualificação com as equipes de saúde. A partir disso, foi construído um calendário para o desenvolvimento das atividades de formação, fazendo ajustes, quando necessário, para a sua implementação.

Nesta perspectiva, a EPS pode ser entendida como aprendizagem no e para o trabalho (Ceccim & Feuerwerker, 2004), quando as dificuldades e os problemas da realidade se tornam dispositivos de ensino, considerando os conhecimentos e as experiências dos trabalhadores e dos usuários. Como a EPS é um dispositivo

de desenvolvimento do trabalho, Schweickardt et al. (2019); Ceccim & Ferla (2008a) afirmam que essas aprendizagens também admitem atravessar fronteiras entre os distintos processos identitários que se constituem, há alguns séculos, no trabalho sistematizado em saúde. Consentem cruzar as fronteiras das profissões (multiprofissionalidade, interprofissionalidade), as fronteiras entre esferas de políticas públicas (intersetorialidade), os limites entre os serviços (redes de atenção, linhas de cuidado), as fronteiras entre distintos coletivos populacionais e os serviços de saúde (integralidade na atenção e universalidade na acessibilidade), perpassam o movimento entre o rio e a “terra firme”. Sobretudo, permitem cruzar a fronteira entre o pensamento e a ação.

Na EPS, o trabalhador se torna o sujeito ativo na organização do trabalho e um ator que compreende a inclusão do seu fazer no conjunto de relações sociais que o atravessam. Portanto, é necessário que as modelagens tecnoassistenciais se tornem em práticas de gestão e de cuidado, do modelo biomédico para uma atenção capaz de prevenir doenças e promover a saúde.

Segundo Emerson Merhy (2002), a clínica e a gestão em saúde, como extensões do trabalho, estão empobrecidas pelo atrelamento do trabalhador de tecnologias duras (equipamentos) e tecnologias leve-duras (saberes estruturados, normas e rotinas). Segundo Schweickardt et al (2019) é necessário permitir outro tipo de tecnologia, com processos relacionais (leves), para expansão da conexão com o entorno. Quando uma tarefa está configurada com tecnologias dessas três naturezas e gerenciado com embasamento nas tecnologias leves, há uma produção de encontros (trabalhador e usuário, trabalhador e trabalhador, trabalhador e usuário e território) com eficácia na percepção que vai além dos protocolos e tratamentos.

O conceito de Paulo Freire do ‘inédito viável’ abre para os encontros e diálogos que inclui as diferenças no tempo-espço, potencializando a promoção da vida e entendendo que todos os momentos são produtores de saúde. Os sujeitos percebem os desafios das situações-limite, outro conceito de Paulo Freire, passando a ser percebidos-destacados, sentindo-se mobilizados a agir e a descobrir o inédito-viável (Schweickardt et al., 2019). Segundo Toassi (2013), o inédito viável está relacionado à compreensão da complexidade da produção da saúde e os múltiplos saberes e práticas que a constituem, assim, requer conhecimentos interdisciplinares e, muitas vezes, sintetizados em ato no cotidiano do trabalho. Assim sendo, a EPS precisa ser entendida como um instrumento capaz de promover o aprimoramento dos trabalhadores e mudanças construtivas no processo de trabalho. Por isso, vem se destacando como estratégia para promover a qualidade dos cuidados realizados e permitindo que a ação em serviço de forma segura e efetiva. Os trabalhadores têm a possibilidade de adquirir novas informações para potencializar as suas práticas profissionais.

Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão

A Educação Permanente em Saúde necessita ser pensada como estratégia de gestão para refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. A busca

estabelecer relações entre o ensino, as ações e serviços, agregando aprendizado, reflexão crítica do trabalho, e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (Brasil, 2004).

Com intuito de otimizar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no âmbito da saúde foi estabelecido através da Portaria nº198, de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS. Na perspectiva pelo seu aprimoramento, em 2007, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, define as novas diretrizes e estratégias dessa política, adequando-a às normas operacionais e ao regulamento do Pacto Pela Vida (Santos & Coutinho, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, segundo Azevedo (2019), é entendida como uma ferramenta de gestão do trabalho, propondo deias, estilos, métodos, percepções na colaboração com o sistema de saúde local. Esse instrumento potencializador é apresentado como política do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento do trabalho e como modo de aprendizagem no/ pelo trabalho (Ceccim & Ferla, 2008).

Diante do exposto, a EPS é fundamental para a recomposição da formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social. A Política Nacional de Educação Permanente é uma estratégia político-pedagógica que toma como componente os problemas e necessidades decorridas da ação de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças. A EPS é também uma ferramenta para a regionalização da gestão do SUS, como estratégia para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema local e regional de saúde (Brasil, 2019).

A compreensão dos processos de formação no mundo do trabalho como possibilidade de inovar, de produzir novas práticas, dá significado e destaque a EPS, norteadas pela busca de cuidados integrais. A educação permanente deve ser entendida como um instrumento que influencia no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, de forma a aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades de saúde da população considerando seus determinantes e condicionantes de saúde (Farah, 2003).

A Educação Permanente em Saúde é considerada um dispositivo de gestão de trabalho, propondo a construção de novos espaços de participação e troca de experiências entre os profissionais que integram as equipes, na perspectiva de enfrentar a fragmentação do processo de trabalho. Portanto, o apoio institucional visa intensificar as ações e atividades voltadas para qualificação dos profissionais. Assim, a ação objetiva disparar novas metodologias de trabalho, a partir da percepção de cogestão, e apoiados em metodologias ativas e participativas como uma importante estratégia para promover processos de transformação nas dinâmicas institucionais (Azevedo et al., 2019).

Os desafios das Metodologias ativas na Educação Permanente em Saúde no trabalho

Ao falarmos sobre as metodologias ativas nos reportamos na realidade e na bagagem anterior do indivíduo que lhe permite agir sobre sua realidade. Com esta metodologia, as informações não são passadas prontas, ao contrário, são construídas através das experiências, pesquisas e reflexões da equipe, buscando um agir na realidade.

Para Baiocchi et al. (2017), duas expressões representam esta metodologia: “aprender a apreender” e “ação-reflexão-ação”. De acordo com os autores, o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, assegurando a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

A utilização das metodologias ativas com as equipes de saúde estabelece vínculos, estimula a crítica e a reflexão no processo de ensino e aprendizagem em processos interativos do conhecimento. Com a utilização deste método de ensino, o conhecimento é ativamente construído pelo sujeito que passa a ser um protagonista deste processo de construção.

Esta ferramenta é utilizada na EPS com as equipes de saúde, embora alguns profissionais tenham dificuldade com este modo “diferente” de “aprender” ou desconhecem esta ação educacional. Observamos que ainda está enraizado o modelo tradicional, a educação bancária adquirida nas universidades.

A metodologia ativa no serviço possibilita a interação dos profissionais com os demais participantes, podendo o a equipe de profissionais de saúde adquirir conhecimento acerca do tema em questão e também desenvolver habilidades quanto ao pensamento e argumentação. Esta forma de trabalho gera discussões entre as equipes que, por sua vez, auxiliam a pessoa na tomada de decisões e na defesa do seu ponto de vista (Sobral & Campos, 2012).

A Educação Popular em Saúde

A Educação Popular se constitui inicialmente no Brasil, como um movimento libertário, trazendo uma perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas, forjadas no ato de educar e mediadas pela solidariedade e no comprometimento com as classes populares.

A educação popular surge por volta de 1960, em um contexto histórico de lutas da classe trabalhadora na América Latina. No Brasil, com o início do processo de redemocratização instaurado na década de 1980, a Educação Popular vai se afirmando de modo mais aberto e ampliado, não apenas nos movimentos de resistência, mas passa a ser incorporada nos trabalhos sociais de muitas organizações

não-governamentais. A educação popular também vai fazer parte das estratégias dos órgãos de governo, das experiências institucionais em escolas, universidades e alguns serviços de saúde e assistência social (Bornstein et al., 2016).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS) é uma conquista na luta por uma saúde de qualidade e de ampla participação social. A Pnep-SUS foi publicada em 19 de novembro de 2013, propondo metodologias e tecnologias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma prática voltada para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013).

Os princípios da educação popular parte do entendimento de que o processo de construção do conhecimento é uma produção histórica e social, resultante da participação e do protagonismo dos sujeitos nela envolvidos (Bornstein et al., 2016).

A Pnep-SUS é orientada pelos seguintes princípios: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (Brasil, 2013).

Formação e prática na Educação popular no território de Parintins

O Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), sem dúvidas, se apresenta como portal da Equidade em nosso Município. É um alicerce para potencializar a Atenção Básica a partir de novas habilidades, simples, naturais e acessíveis no campo da prevenção, promoção e/ou recuperação da saúde. Em seu desenvolvimento, o Curso trouxe desafios de caráter humanizante: reflexão permanentemente sobre nossas práticas e ações; descoberta de nossas potencialidades nos processos de emancipação humana, político histórica com reflexos provocadores sobre a comunidade. Por fim, possibilitou o exercício contínuo da escuta, da amorosidade às demandas silenciadas.

No conjunto de contribuições do EdPopSUS, experienciamos a importância das Práticas Popular/Tradicionais de Saúde resistindo ao silêncio e à exclusão: parteiras, benzedores/as, consertadores de ossos, sacacas, erveiros/as são sujeitos ouvidos e entendidos como necessários ao fortalecimento dos princípios anunciados na construção do SUS. Todo esse acervo se constitui numa riqueza singular da cultura de nossa região. Nas comunidades onde o acesso aos serviços de saúde é limitado ou inexistente, são os saberes popular/tradicionais que realizam o cuidado em saúde.

Por fim, o Curso segue as pegadas do Educador Paulo Freire (2001), “transformar conhecimento em prática; palavra em ação libertária”, pressuposto para uma intervenção necessária e significativa na Saúde Pública de Parintins. Daí, reforçamos a importância de novas turmas do EdPopSUS em nosso Município. Ademais, de modo inédito, Parintins teve a oportunidade de sorver da fonte Freireana nutrientes libertários de Educação Popular em Saúde.

O Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde pretende fortalecer o espaço de diálogo entre a comunidade, a escola e os serviços de saúde, tendo o agente comunitário de saúde (ACS), o Agente de Vigilância em Saúde (AVS) e o Agente de Controle de Endemias (ACE) como sujeitos prioritários desse processo educativo. Ainda que o papel educativo faça parte das atribuições de todos os profissionais de saúde, privilegiamos a participação desses trabalhadores por sua atuação no espaço de vida e de trabalho da população.

Educação Popular em Parintins: Ecos de esperançamentos

A partir dos desafios e as estratégias de reinvenção da vida social e comunitária humanamente viável sob a perspectiva da Educação Popular:

- Fazer o quê?!...

É o sussurro angustiado da comunidade humana frente a conflitos existenciais que se movem utópicos a desafiar novas realidades e a construir caminhos que contribuem significativamente para o despertar dessa nova consciência alicerçada em relações universalmente dialógicas e interventivas. As incertezas ativam as inquietações e nos reporta para o V Fórum Mundial de Porto Alegre (2005) - Outro Mundo Possível. Ali absorvemos nutrientes com sabor de desafios - Quixotes e Quixotas hoje. Sob a maestria dialógica do Nobel de Literatura Portuguesa, José Saramago; do Jornalista e Sociólogo, Inácio Ramonet e do Jornalista e Escritor, Eduardo Galeano nos energizamos para as estratégias por outro mundo possível. O encaminhamento dessa motivação constituiu novos jeitos organizativos peculiares da Educação Popular, vivenciados durante as atividades socioculturais da Teia de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta (célula de Educação Popular e Saúde), desenvolvidas em Parintins/AM, a partir do ano de 2016.

Os desafios por vida plena e digna são seculares. Atualmente as estratégias sistêmicas de defesa diante cenário de pandemia e prevenção ao covid-19 impõem isolamento social, toques de recolher, máscaras, álcool em gel, água sanitária, kits de “cura” e etc.: pegada perfeita à lucratividade do mercado da doença e de práticas não democráticas. Tal somatória silencia e até nega saberes e conhecimentos tradicionais de prevenção e autocuidado: quanto maior a dependência ao sistema de exclusão, maior é o investimento na necropolítica. O imperialismo virtual e o sistema neoliberalismo se declara como sendo a única saída: sem mim nada podeis fazer. Admita-se: a pandemia midiática é a droga do século: viciou as massas que, por sua vez, sufocaram o poder criativo de reinventar; de intervir e transformar a partir de jeitos sustentáveis a vida comunitária. Se a humanidade virou refém do vírus, de tecnologias imperialistas e das perversidades mercadológicas, retumba sobre Quixote e Quixotas (imunes à pandemia midiática) o alerta do Fórum Social de 2005 - Outro mundo é possível.

A história mostra que após guerras, catástrofes, pragas, sistemas fascistas e escravagistas, as forças políticas solidárias intervêm e reinventam inéditos humanamente viáveis, independentemente de estratégias mercantis. As referências

dos cuidados popular/tradicionais de Parteiras, Benzedores, Erveiros, Pegadores de Desmintiduras¹⁹ e outros, produzem cuidado, quando as tecnologias e políticas ignoram as comunidades desassistidas da Amazônia. Assim, as rezas de Dona Lia, Benzedora de Parintins²⁰, para a retirada de espinhas de peixes engolidas acidentalmente e do alinhamento da mãe do corpo²¹ (Faur, 2011); as fórmulas curativas e preventivas do Sr. Evandro Moura²² (Parintins); os energizantes de jatobá²³, cragiru²⁴, própolis; os lambedores de copaíba²⁵, andiroba²⁶; os banhos repelentes de mucuracaá²⁷, capitiú²⁸, envira taia²⁹... Essas referências se constituem como reinvenções da vida, que se fazem nas trocas solidárias em territórios periféricos, quando o dito Estado Democrático nega o Artigo 5o da Constituição Federal. Outras comprovações sobre a possível reinvenção da histórica se constata na Obra de José Saramago (2014), Ensaio sobre a Lucidez. Enfim, tudo é possível quando a esperança se transforma em ação libertadora.

Desafios em construção

Por essa trilha, a convergência de intenções sobre o objeto-mirado operacionalizava-se durante feiras livres, confraternizações, troca de saberes e conhecimentos com participação efetiva de artesãs, viveiristas, ambientalistas, educadores populares, *curadores populares*³⁰, adolescentes e crianças. O suporte político ideológico de todo o caminhar sustentara-se em nutrientes oferecidos pelo educador Paulo Freire (2001, p. 7): *Ai de nós se pararmos de falar, somente porque eles já não possam mais mentir. Por isso vos digo: nosso discurso de libertação não é medicina para doença passageira.*

Quixotes e Quixotas em Movimento

A manhã tem pressa... Os clamores do dia teimosiam por sabedorias silenciadas... Ouvem-se apenas tímidos acordes... A fraca afinação isola o eco entre as distâncias que hoje nos separam. É compreensível: a espada impôs o medo, e a 'santa cruz' o abençoou. São mais de quinhentos anos de adestramento; são mais de quinhentos anos de extermínio e massacre biocultural; são mais de quinhentos anos por resgate identitário...

19 - Pegadores de Desmintiduras - curador popular que cuida de contusões e alinha ossos deslocados.

20 - Lia Nazaré Ribeiro de Oliveira, conhecida como Lia Benzedora, residente no Bairro Paulo Correa, Parintins/Am.

21 - Mãe do corpo - "Centro de conexão com a Mãe Terra, localizado três dedos abaixo do umbigo".

22 - Evandro Rodrigues Moura, Pesquisador de plantas medicinais; Técnico Responsável da Empresa Wakoselva da Amazônia. Vila Amazônia, Parintins/AM.

23 - Jatobá - *Hymenaea courbaril*.

24 - Cragiru - *Fridericia chica*.

25 - Copaíba - *Copaifera langsdorffii* Desf.

26 - Andiroba - *Carapa guaianensis*.

27 - Mucuracaá - *Petiveria alliacea*.

28 - Capitiú - *Siparuna guianensis*.

29 - Envira Taia - *Annona densicoma*.

30 - Denominação aos cuidadores populares de saúde.

Apesar da nebulosidade estrutural, Quixotes e Quixotas, mesmo timidamente, resistem e insistem semear nas periferias silenciadas do Brasil fagulhas de Educação Popular através de jeitos organizativos e viáveis voltados para tempos difíceis ou em recessões estruturais. A sementeira se apresenta em *quefazeres comunitários* (Freire, 2005): estratégias de cuidados sintonizados com saberes populares/tradicionais; com os prescritos da OMS (Organização Mundial de Saúde) - *estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidades; com o Artigo 196 da Constituição Federal: Saúde direito de todos e dever do estado [...]; e com ênfase nos referenciais ditados no SUS: saúde, educação, moradia, trabalho e renda, saneamento básico, transporte, em condições dignas.*

Outros olhares são acolhidos nessa construção: a *Probiótica* (Pro = a favor; bio = vida; Medicina a favor da vida) interage a partir da concepção de Saúde como ato de 'escolha' fundamentado em *autoeducação, autodefesa/ autocuidado e autorresponsabilidade*. A profundidade do conceito conduz à problematização da realidade; assim, 'escolhas' exigem referenciais equitativos... Que condicionantes sociais o Estado Democrático de Direito disponibiliza para o desenvolvimento da Saúde sob as luzes da Probiótica?... É possível fazer 'escolhas' saudáveis num sistema sem perspectivas humanizantes?... São problematizações pertinentes na efetivação dos quefazeres. A reinvenção histórica pressupõe uma dialética universalmente humana cuja síntese se materialize em relações justas e fraternais.

Desse modo, Dona Altina Oliveira, da Pastoral da Criança (Parintins) sintetiza o diálogo e universaliza o propósito dos quefazeres comunitários, enquanto construção cotidiana por meio de relações fraternais entre humanos e Terra Mãe. Para ela, Saúde é todo mundo se ajudando a viver bem.

Quefazeres em Saúde

O ensaio comunitário aponta para possibilidades fraternais e exequíveis. Independentemente de tempo, espaço e conjuntura, as ações foram semeadas na cidade de Parintins/AM, através da Teia de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta (célula de Educação Popular e Saúde), em que ensaiam uma outra realidade urbana possível via *Quintais Urbanos*. A TEIA tece possibilidades em prol da construção coletiva de uma realidade social humanamente digna, inspirada nas práticas do Bem Viver.

Sobre *Bem Viver* ou *Sumak Kawsay* (da cultura quéchua) ou *Sumak Qamaña* (da cultura aymará), Friedrich esclarece:

Significa o processo de vida em plenitude que nasceu da prática histórica de resistência dos povos indígenas da América Latina. Esses povos apontam uma alternativa à ideia moderna de progresso porque a consideram essa noção discriminatória e violenta, desconsiderando a relação dos seres humanos com a natureza. (2016, p. 333).

A TEIA se articula entre troca de informações, de experiências em agroecologia, em saberes populares/tradicionais e economia solidária com educadores populares, mulheres artesãs, viveiristas, curadores populares, comunicadores, ambientalistas, profissionais da saúde e universitários. O universo simbólico da Aranha - em perene diálogo com a Mãe Terra - é a fonte inspiradora para o coletivo garantir a sustentabilidade da vida, da célula organizativa e do espaço comunitário.

Embora tímida a experiência frente às demandas, constataram-se sutis mudanças dos envolvidos nas relações com ambiente urbano de Parintins. Além do olhar cuidadoso com os quintais, a TEIA teima na implantação da Política Nacional dos Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010) até aqui ignorada por quem de dever e de direito. Daí, embalagens recolhidas, selecionadas semanalmente pelas Aranhas³¹ são entregues à Associação dos Catadores de Parintins (ASCALPIN) e/ou reutilizadas em artesanatos em prol da economia solidária.

Os princípios da Educação Popular - Diálogo, Amorosidade, Troca de Saberes e Conhecimentos, Problemática, Emancipação, Projeto Popular Democrático - anunciados pelo Educador Paulo Freire são sustentáculos da TEIA, pontes de revitalização de nossa herança biocultural, de nossa relação com a Mãe Terra.

Nas palavras do Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia, Edilson Albarado, a TEIA é um *'canteiro' para sementeira e inovação de bem viver. É estratégia popular de prevenção e promoção da qualidade de vida, caminho de sustentabilidade, equilíbrio ambiental e saúde universal.*

Dizeres e Fazer

Dizeres e fazeres se entrelaçam na troca entre saberes e conhecimentos presentes nos princípios da Educação Popular em Saúde. Esta nasce na contramão da ditadura militar, quando o Educador Paulo Freire sistematizou ideias, princípios, metodologias participativas e emancipatórias como possibilidades de outra educação para os brasileiros. Em princípio, a Educação Popular pressupõe que todos e todas detêm saberes oriundos de experiências de vida: *Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os humanos se educam entre si, mediatizados pelo mundo* (Freire, 2005, p. 68).

A proposta Freireana apresenta uma saída possível para a atual conjuntura na busca de qualidade de vida. Os desafios pela reinvenção histórica podem encontrar respostas via Educação Popular cujos princípios conduzem ao dizer/fazer libertário, expressado na participação social por direitos universais, fundamentais já pretendidos na ética do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

31 - Aranhas - denominação aos adultos integrantes da TEIA.

Em breve síntese, Daron (2008, p. 37) reafirma a estreita relação entre a Educação Popular e a ética do SUS:

Oficializado e normatizado pelas Leis 8.080 e 8142 de 1990, o SUS compreende um sistema público e único em cada esfera de governo, descentralizado e aberto à participação da sociedade no que diz respeito ao controle social sobre a política, nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, onde participam profissionais da saúde, gestores, trabalhadores, produtores dos serviços e usuários. O SUS ainda propõe a democracia participativa e a justiça social.

Referências

Azevedo, E. S.; Lopes, K. E. F.; Souza, L. S.; Souza, M. A. L.; Figueiró, R. K. S.; Silva, M. R. F. (2019). Educação permanente em saúde em Tefé / AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro / Maria Adriana Moreira... [et al.]. In: **Educação permanente em saúde em Tefé: a construção de uma política para a produção de encontros no trabalho**. Porto Alegre: Rede Unida.

Baiocchi M.; Amaral, D.; Ammar, M.; Kolankiewicz; A. C. B. (2017). **Aprendendo a Aprender e Aprendendo a Ensinar com Metodologias Ativas**. XXII Jornada de Pesquisa. Ijuí: Unijuí.

Bornstein. V. J. et al. (Orgs). (2016). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico: **Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de novembro de 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.

Ceccim, R.B. & Ferla, A.A. (2008.). Educação Permanente em Saúde. Em: Brasil, I. P. & Lima, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, P. 162-8. <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/I43.pdf>.

Daron, V.; Collet, Z. (Orgs). (2008). Saúde: Direito de Todas (os) e dever do Estado. In: **Revista Mulheres Camponesas em Defesa da Saúde e da Vida**. Associação de Mulheres Trabalhadoras Rurais da Região Sul do Brasil. Chapecó.

Faur, M. (2011). **Círculos Sagrados para mulheres contemporâneas**. São Paulo: Pensamento.

Farah, B.F. (2003). **Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimo ou diferentes concepções?** Revista APS, Juiz de Fora, v, 6, n.2, p. 123-125. <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>

Ferla, A.A.; Schweickardt, J.C.; Figueiró, K.S.; Moreira, M.A. (2019). **Educação permanente em saúde em Tefé / AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro** / Maria Adriana Moreira... [et al.], organizadores - 1.ed. - Porto Alegre: Rede Unida.

Freire, P. (2001). **Pedagogia dos Sonhos Possíveis**. Nita Freire (Org.) São Paulo: UNESP.

Freire, P. (2005). **Pedagogia do Oprimido**, São Paulo: Paz e Terra.

Friedrich, R.N. (2016). **Entre xales, cachimbos, mulheres e xamãs**. Curitiba: Appris Editora.

Merhy, E.E. (2002). **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.

Ribeiro, S.F.R.; Martins, C.P.; Campos, G.W.S. (2015). **Cartilha educação permanente e redes de trabalho no SUS**. / -- Dourados, MS: Ed. UFGD. http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/blog/files/cartilha_final_eps_sandra_gastao_e_catia_2015.pdf.

Santos, A. R.; Coutinho M. L. (2014). Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. baiana saúde pública** ; 38(3) jul.-set. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-737664?src=similardocs>.

Saramago, José. (2004). **Ensaio sobre a Lucidez**. São Paulo: Companhia das Letras.

Schweickardt, J.C.; Reis, A.E.S.; Santos, I.C.M.; Gai, D.N.; Martins, F.M. (2019). A saúde na Amazônia (fluida e flutuante): territórios líquidos e complexos para a produção de sentidos e de práticas. In: Ferla, A.A.; Schweickardt, K.H.S.C.; Gai, D.N. **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Rede Unida.

SEMSA. (2019). Secretaria Municipal de Saúde de Parintins. **Plano Anual de Saúde 2019**. Parintins.

Sobral, F.R. & Campos, C.J.G. (2012). Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1), 208-218. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>.

Vasconcelos, E.M. (2011). **A Espiritualidade no Trabalho em Saúde**. (Org.). São Paulo: Hucitec.

Caminhos da urgência e emergência no território ribeirinho de Barreirinha e Parintins: fluxos e redes vivas do usuário-guia

12

*Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Júlio César Schweickardt
Lucas da Silva de Almeida
Ana Elizabeth Souza Reis
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Sônia Maria Lemos*

Introdução

A região de saúde do Baixo Rio Amazonas, quanto a Rede de Urgência e Emergência (RUE), possui Parintins como o município de referência principal com uma oferta de hospitais com densidade de média complexidade, que dão suporte para os municípios da região, como o município de Barreirinha. Parintins tem dois hospitais: Padre Colombo, com a gestão da Diocese; e Jofre Cohen, de gestão plena do município. Ambos recebem subsídios financeiros do Estado do Amazonas e do Ministério da Saúde.

O tempo de deslocamento no território da Amazônia é algo que envolve diferentes fatores: ciclo das águas (seca, enchente, cheia e vazante), tipo de embarcação, potência do motor, combustível, tipo de rio e água). Desta maneira, um viajante precisa avaliar esses fatores e condições para fazer a escolha do caminho e o tipo de embarcação a ser usado, pois no caso de uma urgência e emergência o tempo de deslocamento na região faz uma grande diferença na garantia de acesso aos serviços de saúde. Assim, o tempo de deslocamento de Barreirinha até Parintins na cheia leva-se cerca de uma hora, enquanto no período da seca pode chegar a duas horas. Durante a cheia o piloto pode utilizar os furos³² e lagos para diminuir o tempo de viagem.

Os fluxos dos ribeirinhos no acesso à Rede de Urgência e Emergência

32 - Os furos são possibilidade de conexão entre rios, paranás, lagos e igarapés.

Compreender os fluxos dos usuários é necessário para entendermos como o acesso à rede de saúde é construído na dinâmica das águas e das terras. Estamos entendendo como fluxos os movimentos de ir e vir do usuário e do profissional de saúde no território para acessar os serviços de saúde. Assim, os fluxos na Amazônia são altamente impactados pelas características do território que aqui denominamos território líquido (Schweickardt et al, 2016). Os fluxos são movimentos realizados tendo as águas como um caminho, mas também como algo que interfere nos seus modos de vida e nas existências das populações ribeirinhas. As águas para o ribeirinho estão em todos os lugares da sua vida, permeadas de símbolos e práticas que compõem o imaginário e a vida das pessoas que vivem às margens e na relação com os rios, igarapés, lagos, igapós e paranás.

O acesso à RUE no município de Barreirinha pelos usuários ribeirinhos, segundo os relatos dos diferentes profissionais da rede, pode ser diferenciado de acordo com o local de partida do usuário, que pode ser a sede do Distrito de Saúde ou uma comunidade adjacente. Quando a saída é do Distrito o acesso se dá através da ambulancha³³. Os Distritos também contam com o apoio da ambulancha de motor 90Hp, mais rápida, que fica na sede do município, que em casos extremos é acionada e vai ao encontro do usuário. Não é raro que o usuário passe de uma ambulancha para outra no meio do rio.

Se o usuário que está precisando de assistência estiver em comunidades adjacentes, o primeiro contato é com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) local. Após o acolhimento, se necessário o usuário se desloca até o distrito onde está localizado a unidade de saúde, com recursos próprios. O deslocamento é feito, na maioria das vezes, com o uso de rabeta ou lancha do próprio usuário ou de alguém da comunidade.

Quando o acesso fluvial é associado ao terrestre, utiliza-se a motocicleta. No distrito, o usuário passa por avaliação da equipe, recebe o suporte disponível e, quando necessário, segue para o município de ambulancha do distrito. Nesse momento o deslocamento passa a ser feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando a comunidade adjacente é localizada próxima ao distrito, o ACS liga para o enfermeiro, relata o caso e conforme for, o enfermeiro se desloca até a comunidade com o motorista da ambulancha para seguir até a sede do município. Pode acontecer também do motorista da ambulancha se deslocar até a comunidade e seguir junto com o ACS e o usuário para a sede do município de Barreirinha. Independente do ponto de partida do usuário, segue junto até a sede do município, o técnico de enfermagem, o enfermeiro ou o ACS, além do acompanhante e do motorista da ambulancha.

De maneira geral, todas as situações de urgência e emergência são encaminhadas para atendimento no hospital do município. Nos distritos de saúde que possuem

33 - Embarcação fluvial utilizada para remoção de usuários em situação de urgência e emergência.

equipes ampliadas, há suporte de oxigênio, material para sutura e carrinho de emergência com medicações específicas, porém não conseguem cobrir a necessidade de todas as urgências.

[...] Situações de urgência e emergência que chegam nos distritos de equipe ampliada, o usuário é estabilizado para ser encaminhado para Barreirinha e nos distritos que não tem médico, contam apenas com enfermeiro, técnico e ACS, a equipe tenta estabilizar com o que tem disponível para ser transferido. (Coordenador da Atenção Básica de Barreirinha).

Seguindo o fluxo, quando chegam em local com sinal de telefone, o motorista da ambulância entra em contato com o motorista da ambulância para aguardar no porto. Ao chegar no hospital, o usuário passa pela triagem durante a qual também é preenchido a ficha de entrada. Após os primeiros atendimentos realizados pela equipe plantonista do hospital, quando necessário, o usuário segue com a conduta de internação, em que é aberto um prontuário ou quando o município não possui suporte para o atendimento necessário, o usuário é transferido para o município de Parintins. Nesses casos é preenchida a ficha de transferência que segue com o usuário e o registro no livro de remoções que permanece na unidade hospitalar.

Quando o usuário não precisa de remoção para outro ponto da rede e recebe alta, o deslocamento de retorno para sua casa é custeado por ele, em casos extremos de falta de recurso, é acionado a secretaria de saúde que disponibiliza o recurso de retorno ou uma ambulância.

Nos casos de remoção para Parintins, a assistente social do hospital em Barreirinha contacta o setor de remoção fluvial e a assistente social de Barreirinha que fica em Parintins. Os casos são avaliados e dependendo do grau de necessidade de assistência, o usuário será acompanhado pelo técnico, enfermeiro ou médico. Esse deslocamento é feito com um motor de 115Hp, o gasto de combustível na cheia é de 70 litros³⁴ para ir até Parintins e voltar, enquanto na seca o mesmo percurso gasta 90 litros de combustível.

[...] A estrutura pra ambulância encostar na seca é mais difícil. A viagem demora muito mais. Na cheia não, encosta em qualquer lugar. O embarque e desembarque é na rampa do mercado, mas na seca não tem condições e a gente tem que procurar um lugar mais sensível e melhor pra desembarcar esse paciente, principalmente quando é fratura (Assistente social de Barreirinha em Parintins).

O movimento das águas nos períodos hidrológicos muda o tempo do deslocamento, o gasto do combustível e a própria otimização da assistência. É necessário pensar o local do desembarque de acordo com a necessidade de assistência do usuário.

34 - O preço do combustível por litro em Barreirinha é de R\$ 4,95, em março de 2021.

Ao chegar em Parintins, o usuário é recebido pela assistente social e encaminhado para o hospital conforme a especialidade necessária, o trajeto pode ser feito com ambulância ou com carro particular de Barreirinha em Parintins que fica a disposição para auxiliar a remoção dos usuários que partem de Barreirinha.

[...] O hospital de Barreirinha entra em contato comigo, fala da situação do paciente, mandam um encaminhamento. Eu vou até o hospital e comunico que está chegando o paciente tal hora (Assistente social de Barreirinha em Parintins).

Os usuários que estão em situação crítica e necessitam de cuidados intensivos são transferidos para Manaus, capital do Estado. A transferência é feita por avião equipado com UTI e profissionais intensivistas. A solicitação de transferência é realizada pelo hospital de Parintins pelo Sistema de Transferências de Emergências Regulares (SISTER) que está em funcionamento desde junho de 2019.

O acesso ao SISTER é via internet, o médico responsável preenche um formulário contando detalhes da situação do usuário e o médico regulador na capital organiza as prioridades conforme os protocolos estabelecidos e responde ao médico solicitante a data da remoção com o nome da unidade que receberá o usuário. Por meio do sistema, a comunicação com informações da evolução da situação do usuário é mantida durante todo o tempo de permanência dele na unidade hospitalar na capital.

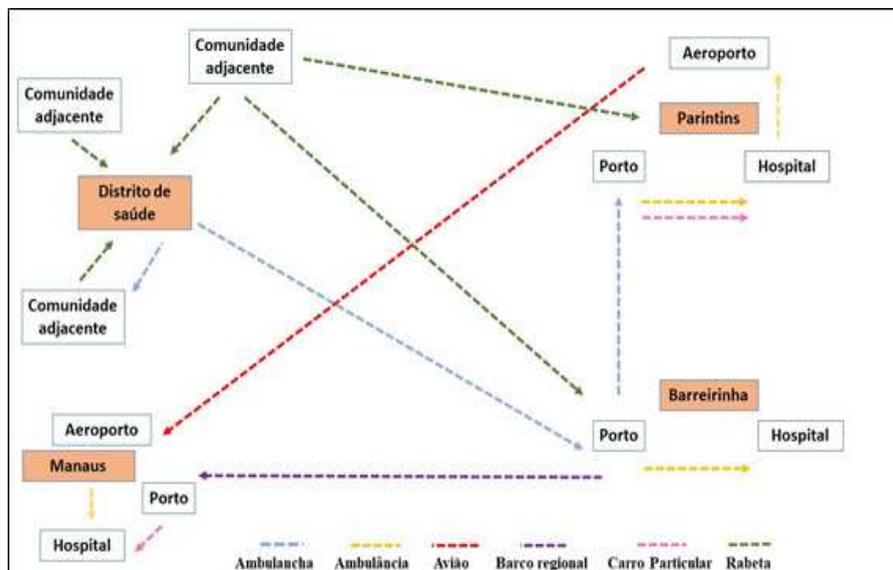
Quando o avião chega em Parintins a equipe aérea se desloca até o hospital para a remoção do usuário. Nos casos que são removidos dois usuários de hospitais diferentes, a equipe da UTI aérea se desloca para a remoção do caso mais crítico e a equipe hospitalar leva o usuário de ambulância até o aeroporto onde seguirá o fluxo da remoção.

[...] Tem alguns casos que a empresa por uma questão de trânsito aéreo, tem um determinado horário pra transitar, e aí quando o médico regulador vê que não dá pra fazer (principalmente quando tem dois pacientes). Exemplo: tem um aqui no Cohen (Hospital Jofre Cohen) e um no (Hospital) Padre Colombo, ele analisa o mais crítico, aí a equipe se desloca para o Padre Colombo (no caso de ser o mais crítico). E nós vamos daqui com o Doutor entregar lá na pista o nosso. Geralmente quando vai lá pra pista é um paciente que não está entubado, só está no O2, que dá pra gente conduzir, a gente faz a condução até ao aeroporto com a equipe (Assistente social do Hospital Jofre Cohen).

Em Manaus o usuário segue de ambulância para o hospital e recebe assistência pelo tempo que for necessário. Barreirinha não possui uma casa de apoio em Manaus para o acompanhante, mas há uma representação do município com assistentes sociais que dão apoio e viabilizam o suporte necessário para a estada em Manaus e retorno para o município.

É importante destacar que a transferência para Manaus ocorre também quando os usuários não estão em condições graves, mas os hospitais de Barreirinha e Parintins não possuem suporte. Nesses casos a remoção é feita por barco regional, a secretaria de saúde local custeia a passagem de ida e volta do usuário e acompanhante.

Figura 01. Fluxos dos ribeirinhos no acesso à RUE em Barreirinha-AM



Fonte: Autores, 2020.

A ferramenta "usuário-guia"

O usuário-guia enquanto ferramenta metodológica permite através de um caso guia percorrer o caminho do cuidado disparado por uma determinada situação e narrar os encontros nesse trajeto. A análise se dá pelas lentes do usuário e das pessoas da sua rede, tratando-se, então, de um "fio-condutor". Busca-se pela oralidade dar voz às memórias da produção do cuidado por meio dos encontros, possibilitando enxergar o cuidado também fora das redes formais de saúde.

Esta ferramenta nasceu a partir de uma necessidade da pesquisadora Ermínia Silva em suas pesquisas com o Circo-teatro (Silva, 2007) e devido os artistas circenses apresentarem características nômades. A pesquisadora buscou artistas-guia e juntos, mapearam lugares e práticas, "na construção da memória dos seus viveres circenses" (Gomes e Merhy, 2014, p.12). "Cada usuário-guia vai produzindo

uma variedade de acontecimentos, de produções de vida em sua trajetória, entrecruzando encontros e desencontros” (Moebus et al., 2016, p.48). Desta forma, não há um roteiro a ser seguido no encontro com o usuário e o caminhar pelas suas redes, há uma singularidade a ser respeitada e permitida pelo pesquisador debruçar-se sem a ideia de uma lógica fechada e acabada.

Nosso encontro com o usuário-guia

A escolha do usuário-guia partiu de uma conversa com a ACS da comunidade Santa Tereza do Matupiri. Nesse encontro a ACS apresentou casos diversos que demandavam muitos cuidados e serviços da rede de urgência e emergência do município. Optamos, dentre os casos apresentados, pelo caso mais complexo, ou seja, aquele que necessitou acessar mais dispositivos da rede formal de saúde.

Santa Tereza do Matupiri é uma das 23 comunidades da zona rural de Barreirinha e sede das 5 comunidades quilombolas do Rio Andirá (Fig.2). Em relação a rede formal de saúde, as comunidades quilombolas do rio Andirá fazem parte da cobertura da Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha, que também são contempladas com visitas da Unidade Básica de Saúde fluvial, desde 2017. A Unidade Básica de Saúde de referência das comunidades quilombolas fica localizada no distrito do Piraí. As comunidades contam com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que fazem parte da equipe de saúde da família, são moradores da comunidade e escolhidos pelos próprios moradores.

Figura 02. Mapa de Localização das Comunidades Quilombolas de Barreirinha



Fonte: Google Earth, 2019.

João, nome fictício do nosso usuário-guia, tem 34 anos, nasceu no interior da Vila Amazônia, próximo à Parintins, onde ainda residem os seus pais e os seus irmãos. Ao todo são 15 irmãos, sendo ele o terceiro filho mais velho ainda vivo. É casado

com Ana, nome também fictício, que tem dois filhos e juntos têm mais 3 filhos que nasceram com auxílio de parteira na comunidade. A família toda mora na mesma casa, onde também é o local de trabalho do João e seus filhos.

Chegou à comunidade Santa Tereza do Matupiri aos 16 anos através de um irmão que havia mudado para lá. Aos 17 anos conheceu Ana, neta de quilombola, e passaram a viver juntos desde então. João passou a se identificar como quilombola pelo pertencimento ao território quilombola do rio Andirá.

Quanto ao trabalho, João informa que sempre fez um pouco de tudo, mas “o forte” é a carpintaria, *“trabalhava com a carpintaria naval e civil, quer dizer, trabalhava com barco também. E na roça também. Pedreiro, eu também trabalhei. Trabalhava de electricista, de tudo um pouco”*. Hoje o que mais produzem no quintal da casa são canoas, cômodas e mesas. Atribui o aprendizado de carpinteiro a Deus e à vida: *“Acho que foi Deus mesmo”*. *“A vida ensinou, depois que arrumei família”*. Contou ainda que a fonte de renda da casa provém do seu trabalho, recebem 80 reais do bolsa família e um auxílio de um salário mínimo da filha de 14 anos que tem síndrome de Down e ainda possuem uma *“vendinha”* em casa, que segundo Ana, *“as vezes dá alguma coisa, as vezes não dá nada”*.

Em relação a rotina da casa, o usuário guia sinalizou que a mudança ocorre principalmente em relação a seca e cheia do rio, influenciando na alimentação e no deslocamento feito através do rio. *“A dificuldade no inverno³⁵ é de alimento, é mais fácil sair, ir pra cidade é mais rápido. No verão fica mais dificultoso, mas é melhor porque o alimento fica muito mais fácil”*. Na cheia o alimento principal é o jaraqui³⁶ que compram dos barcos que param na comunidade, enquanto no verão é necessário sair para pescar e o cardápio passa a ser variado pelos diferentes tipos de peixe.

Os caminhos do usuário-guia no acesso à RUE

O caminho traçado por João no acesso à RUE e na produção do cuidado foi permeado por diversos encontros. *“Todo e qualquer trabalho em saúde se faz no encontro com o usuário”* (Gomes et al 2014, p.28 apud Merhy, 2007).

O acidente ocorreu no dia 18 de dezembro de 2017. João acordou às 6 horas, preparou o café e saiu para trabalhar em uma casa na mesma rua onde mora. O serviço era montar um motor gerador, chegando no local do trabalho, o dono da casa pediu para que ele também fizesse o forro da casa.

Por volta das 7 e 8 horas, pediu ao sobrinho que levasse uma lâmina de “mastiar” madeira para amolar em casa enquanto soldava e fazia os arremates das peças de ferro para o motor. O sobrinho amolou a lâmina, mas ainda não era suficiente,

35 - Na Amazônia o inverno não está associado com a temperatura, mas ao período de chuvas (dezembro a junho), sendo que o verão é o período de poucas chuvas (julho a novembro).

36 - Jaraqui é um tipo de peixe muito abundante nas águas amazônicas e, portanto, muito consumido pela população também pelo baixo custo.

João resolveu amolar no local de trabalho, era por volta de 11 da manhã, a energia estava em 220W. Estavam com ele, o sobrinho, o filho mais velho e o dono da casa, que também era o motorista da ambulancha da comunidade.

[...] O disco era de 23 polegadas, tamanho de um prato, grandão, sem proteção porque não dá, ela é muito grande. Aí eu pisei com meu pé direito aqui e coloquei o esquerdo aqui. Aí com a mão esquerda liguei, meu pé esquerdo aqui. Agachado com a mão na lâmina, passei a primeira vez só de leve mesmo, pra ajeitar, parei e olhei, na segunda que eu amassei, só ouvi um barulho igual um tiro “PAAAAH” aí ficou rodando o pinhão, já só com esse ferro mesmo (João).

A lâmina que estava sendo amolada estourou, cortando o punho esquerdo do João. Não sabem os motivos da lâmina ter estourado, sendo a máquina era do dono da casa, mas João tem uma igual com a qual sempre trabalhou. “Quando olhei pra baixo só vi sangue, levantei, mexi com os meus pés e tava tudo normal, olhei pra minha mão e ela tava arriada” (João).

De onde estavam seguiram direto para a ambulancha que tem um motor de 15hp, onde estavam o motorista, que era o dono da casa onde João estava trabalhando, e o filho mais velho. O rio estava enchendo, a ACS estava de férias em Barreirinha, demoraram uma hora para chegar até o Pucú³⁷.

[...] Não podia ir com força, né, porque batia na água e isso aqui (mão) balançava. Todo tempo devagar. Eu agarrado aqui (mão) e ele aqui (braço), ele apertava pra não sair muito sangue, eu agarrava, mas não tinha como, eu com muita dor e balançava (João).

Imagem 01. Ambulancha da comunidade Santa Tereza do Matupiri



Fonte: Os autores, 2019.

37 - Nome do porto local. Lugar de chegada e partida de embarcações fluviais.

No meio do rio Andirá, quando começou a ter sinal de telefone, o motorista da ambulancha ligou para o telefone da ambulância para aguardá-los no Pucú. Quando chegaram a ambulância já estava os aguardando, seguiram na ambulância somente João e o filho. O trajeto de ambulância levou cerca de 20 minutos. O tempo gasto na ambulância causa um estranhamento para João porque a cidade é pequena, *“eles dobram muito, até o cara chegar lá, ele está morto”*. Ele explicou que a ambulância vai *“naquelas últimas ruas onde não tem carro”* para chegar no hospital.

Na ficha de entrada de João no hospital consta a entrada às 12:20 com o diagnóstico de trauma cortante em punho esquerdo, ao chegar foi para a sala de emergência. Quando fizeram o raio X e constataram a gravidade chamaram o médico, que solicitou a transferência para Parintins. Fizeram a imobilização com papelão como conta João que também sinalizou que a mão era muito pesada e o suporte que fizeram não aguentava o peso.

No livro de transferências e encaminhamentos do hospital consta a saída para Parintins às 14 horas. No porto João encontrou rapidamente a esposa que chegou para levar roupas, mas não o acompanhou até Parintins por precisar ficar com os outros filhos. Ela foi e voltou de Barreirinha pilotando a lancha que possuem com motor 15hp acompanhada de dois filhos. João seguiu para Parintins acompanhado do filho mais velho.

Seguiram para Parintins de ambulancha, motor 90Hp. Na evolução de enfermagem do Hospital Padre Colombo, local onde ficou internado, João deu entrada às 18 horas, levando então 4 horas para fazer o trajeto Barreirinha-Parintins até a entrada no hospital, por conta do período de seca do rio João explicou que *“não podia ir com força”*. No pico da cheia, esse mesmo trajeto pode ser feito em uma hora e na vazante em uma hora e 30 minutos. *“Eu ia sentado, não tinha como ir deitado, era muita dor. Eu estava com a mão aqui. Não tinha como e esbarrava osso com osso”* (João).

Ao chegar em Parintins, João foi recebido pela assistente social de Barreirinha que fica em Parintins, que já havia sido contactada pela assistente social do hospital sobre a transferência do João. Seguiram para o Hospital Padre Colombo em um carro particular.

A esposa de João ligou para uma irmã de João que mora no núcleo próximo a Parintins e pediu para ir até o hospital, ficando como acompanhante do irmão. O filho que acompanhou até chegar no hospital foi para a casa de um tio em Parintins.

Após admissão, João foi avaliado pelo médico que seguiu com a conduta de internação, sendo realizada sutura com pontos aproximados e administrado antibiótico e analgésicos. Foi solicitado um novo raio X. Ficou internado recebendo soro e medicação ainda no dia 19 de dezembro. A cirurgia aconteceu no dia 20, com início da anestesia às 11:20 e término da cirurgia às 13 horas, conforme a ficha de evolução de enfermagem. Quando perguntado da hora que saiu da cirurgia João disse que era 15 horas. Relatou que ao entrar no centro cirúrgico, o médico perguntou se mexia o polegar e ele respondeu que *“mexia tudo”*.

No dia 22 recebeu alta, a esposa já estava com ele, foram para a casa dos pais dele de carro até a Vila Amazônia e depois pegaram uma moto até o núcleo onde permaneceram até o dia 31 de dezembro.

Após 9 dias da alta, João e a família voltaram para a comunidade Santa Tereza do Matupiri com João pilotando a lancha (motor 15 Hp), levaram duas horas e meia, desta vez o rio estava calmo. Depois de 15 dias do pós-operatório, João retornou ao médico para a retirada dos ferros que foram colocados na cirurgia. Esse momento para João foi de sofrimento e de dúvida quanto ao tempo de retirada dos ferros. João foi sozinho de barco até Barreirinha e de lá pegou uma lancha para Parintins, pois o custo de ir para Parintins e voltar de lancha própria com toda a família é alto, cerca de 200 reais só de combustível.

A mão de João não se sustenta. O punho e a parte superior da mão perderam a sensibilidade e os movimentos da mão foram preservados. No pós-operatório João tomou os remédios comprados por ele e prescritos pelo médico. Fez uso também de remédios caseiros com a *“folha de mão aberta”*³⁸ e a *“folha de corama”*³⁹, ambas para fazer compressa.

O vizinho recomendou usar *“banha de sucuriju”*⁴⁰ para auxiliar na cicatrização. Todos os dias pingava algumas gotas direto na boca, conta que era enjoado e tinha pitiú⁴¹. A prática da medicina tradicional através das plantas medicinais vem do exemplo da avó de Ana e dos encontros ao longo da vida. A ACS fazia visitas diárias para limpar os pontos e ver como estavam. Com um pouco mais de um mês, os pontos foram retirados, em Parintins.

O médico de João pediu para que fizesse fisioterapia, como conta o usuário, porém não procurou esse serviço no seu município, mas por uma ação da prefeitura de Barreirinha na comunidade, a fisioterapeuta o encontrou e pediu para que fosse até a sua Unidade Básica de Saúde em Barreirinha para iniciar o acompanhamento.

No dia 23 de fevereiro de 2018 João começou a fisioterapia, como consta na evolução da fisioterapeuta presente no prontuário da UBS, com a média de 3 vezes por semana, segundo a fisioterapeuta, com sessões de uma hora, durante um ano. Os materiais da fisioterapia foram improvisados, o que para a profissional não significou ausência de técnica, pois proporcionou ganhos ao João.

[...] Era improvisado. Fazia com papel, tampinha de garrafa. Como eu não trabalhava só a mão dele, mas o membro todo, trabalhava também com bola, teraband que é o elástico. Quando ele começou a perceber o que estava conseguindo com a fisioterapia ele foi bem persistente (Fisioterapeuta).

38 - Planta utilizada para inchaço, inflamação e infecção.

39 - Courama-vermelha é uma planta utilizada para o tratamento de doenças como infecções, inflamações e diarreia, nas formas de suco, chá e macerada. Nativa da África e se desenvolve em solos úmidos e climas quentes.

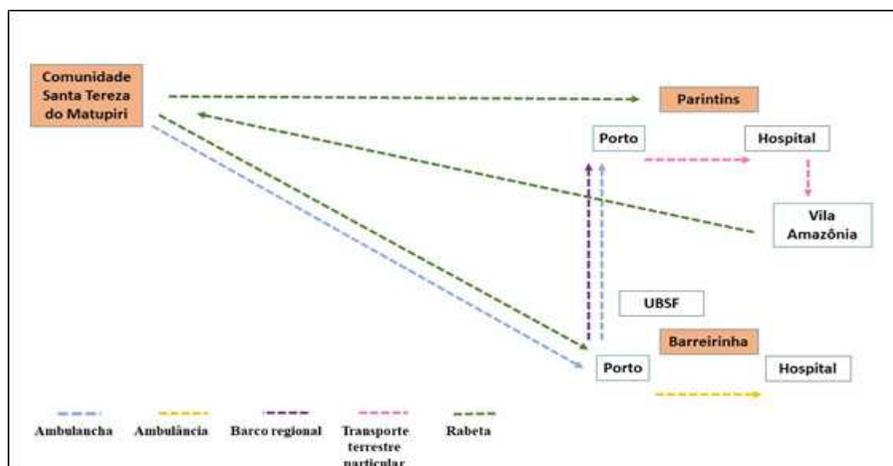
40 - Gordura de cobra utilizada como cicatrizante e reconstrutor dos tecidos ósseo e muscular.

41 - Odor forte, semelhante ao de peixe.

O deslocamento de Santa Tereza de Matupiri até Barreirinha era por conta própria, utilizando a rabeta e navegava sozinho pelo rio Andirá, levando duas horas na cheia e até três horas e meia na seca. Quando o rio estava forte, isto é, com muito vento e banzeiro, gastava 6 litros de combustível para ir e voltar.

Após três meses da cirurgia, João voltou a trabalhar contando com a ajuda dos filhos. Fazendo o mesmo esforço que fazia antes do acidente, mas no fim do dia a mão fica inchada. Quanto à matéria prima utilizada no trabalho, a madeira, houve uma mudança significativa, pois antes ia com outra pessoa que podia ser algum filho ou um vizinho para tirar a madeira da mata com motosserra. Hoje precisa comprar a madeira, pagando pela peça, que custa cerca de R\$ 67,00. A madeira mais utilizada na marcenaria e carpintaria é o Louro⁴² e a Itaúba⁴³.

Figura 04. Fluxo do usuário-guia no acesso à RUE.



Fonte: Autores, 2020.

A situação financeira da família mudou porque apesar de permanecer o esforço para trabalhar, a quantidade de trabalho já não é mais a mesma. João toma remédio para aguentar a dor todos os dias às três da manhã. Precisa continuar nesse trabalho porque não tem outra forma de sustentar a casa, pois os auxílios governamentais que recebem não são suficientes.

As redes vivas e a produção do cuidado

Traçando os caminhos do usuário, percebemos o valor das redes que disparou e produziu, que chamamos de redes vivas. Para entendermos o termo “redes vivas”,

42 - Madeira utilizada principalmente para forro, janelas, portas e mobiliários.

43 - Madeira utilizada principalmente para pontes, postes, embarcações e mobiliários.

precisamos refletir sobre as definições da palavra “rede” que tem sua origem no latim, significando entrelaçamento de fios e que, ao longo do tempo, foi somando novos significados. O conceito de redes vivas faz relação com o conceito de redes, entretanto analisa os “nós”, “conexões”, “interligações” e “sistemas” sob a ótica de que os “nós” são os indivíduos que são capazes de estabelecer encontros e conexões com outros indivíduos, resultando na produção do cuidado, saberes e vida. Para Araújo (2017) nós somos elo de uma complexa rede de ligações caracterizando as redes vivas.

De acordo com Merhy (2016), ainda que o indivíduo seja “redes vivas de si próprio”, estão em constante movimento e produção de saber. Essa rede não é algo que já está pronto ou tem o caráter fixo, mas nos “acontecimentos são tecidas”. O usuário-guia constituiu-se como um ponto da sua própria rede quando se coloca como um gestor do seu próprio cuidado ao decidir ir sozinho para Parintins e Barreirinha, quando continua no trabalho, isto é, toma decisões sobre os caminhos da sua vida.

Na produção do cuidado de João, as redes vivas foram sendo tecidas, partindo primeiramente dos pontos formais que ao longo do percurso se entrelaçam com pontos de fora dessa rede constituída por profissionais de saúde. A irmã representou um elo forte proporcionando segurança e companhia diante dos procedimentos da assistência no hospital. A esposa e os filhos representam um elo importante principalmente no período pós acidente e de recuperação, os vizinhos também cuidam quando sugerem os remédios. Do mesmo modo, que os profissionais de saúde como a ACS, a Assistente Social, o médico e equipe do hospital, a fisioterapeuta são nós dessa rede viva que em algum momento aparecem nos caminhos do usuário. Não há um ponto da rede mais importante que o outro, ainda que a tecnológica demandada seja distinta, pois todos os pontos se interligam para a produção do cuidado e garantem a continuidade da vida ou de uma nova vida, com as suas limitações e memórias de um acontecimento que gerou tantos movimentos e encontros.

Considerações Finais

Compreender os caminhos traçados pelo usuário-guia, nos permitiu através da sua perspectiva, entender como o acesso à saúde foi estabelecido e os sentidos produzidos em torno do cuidado. O usuário-guia como um caso complexo que parte de um território singular, própria da Amazônia, nos aproximou da realidade e dos desafios que usuários e profissionais da saúde encontram nos seus territórios. Assim, podemos ver pelo nosso usuário-guia, redes vidas potentes que se encontram entre saberes técnicos, biomédicos, familiares e culturais.

O acesso à saúde no território líquido não tem nada de simples, mas também não temos um território-barreira, senão um território-caminho, um território-existência, um território-meio-para-outros-territórios e tantas outras territorialidades que se comunicam e dialogam na necessidade de se produzir cuidado. Os fluxos e acessos são produzidos nessa multiplicidade de encontros, que não estão visíveis aos olhares do trabalho e da gestão, mas que estão presentes na dinâmica da vida e da existência das pessoas.

Desejamos que estas palavras cheguem a todos e todas que participaram do cuidado do João, pois foram pontos fundamentais para a continuidade da vida e existência dele e da sua família. Não houve um retorno a uma normalidade do antes, mas se criou uma condição de normalidade em que o acontecimento que denominamos acidente criou visibilidade das redes vivas que povoam as vidas, inclusive de quem aqui escreve.

Referências

Araújo, D.R.A. (2017). **As Redes Vivas no trabalho dos catadores e catadoras de resíduos sólidos no município de Manaus/AM**. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. 102 f.

Brasil. (2011). **Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde.

Gomes, M.P.C; Merhy, E.E; Silva, E; Abrahão, A.L; Vianna, L; Rocha, M; Santos, N; Chagas, M; Tallemberg, C; Santos, M.T; Schiffler, A.C.R. (2014). Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: Maria Paula Cerqueira Gomes, Émerson Elias Merhy (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Merhy, E.E. (2007). **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. <https://sites.google.com/site/paginadomerhy/>

Merhy, E.E; Gomes, M.P.C; Silva, E; Santos, M.F.L; Cruz, K.T; Franco, T.B. (2016). 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. (orgs)/ **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, p. 31-42.

Schweickardt, J.C.; Lima, R. T. S.; Simões, A.; Freitas, C. M. & Alves, V. (2016). 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.

Silva Junior, E.S; Medina, M.G; Aquino, R; Fonseca, A.C.F; Vilasbôas, A.L.Q. (2010). Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s49-s60, nov.

Os fluxos da população ribeirinha na terra do guaraná: o caso do município de Maués, Amazonas

13

Vanessa Figueiredo de Almeida
Júlio Cesar Schweickardt
Franmartony Oliveira Firmo
Jean José Queiroz de Oliveira
Hellen Carla de Barros
Francisca Lima Ribeiro
Giovana Brandão Farias
Cosmicilda Farias Gama Rocha
Francisca Margarete Pereira de Souza
Keila Andrade Marinho

Olhamos, andamos e produzimos

O texto tem como objetivo relatar a pesquisa “em ato”, em processo, em desenvolvimento e como promoção de encontros de diferentes olhares e perspectivas. Buscamos apresentar como uma pesquisa científica pode promover o compartilhamento das ideias na discussão de um “problema”, que pode ser o próprio ato de pesquisar, produzir dados ou fazer o campo. Assim, os autores desse texto se encontraram num lugar específico, no município de Maués, localizado na região do Baixo Rio Amazonas, no Estado do Amazonas.

O deslocamento foi necessário, tanto em relação ao espaço como na mente, dos pesquisadores externos como dos trabalhadores e gestores do município. O caminho até o município foi feito por barco de linha, num percurso que inclui sair do Rio Negro, descer o Rio Amazonas até entrar no Paraná do Ramos, depois navegar pelo rio Urariá e, por fim, o rio Maués-Açú, onde se encontra a cidade de Maués. Conhecida como sendo a terra do guaraná, ou melhor, da sua origem.

A média de viagem é 18 de horas, dizemos média porque pode ser menos ou mais a depender de vários fatores: na cheia ou seca, subindo ou descendo, chuva forte ou neblina. Por volta da meia noite os motores do barco tiveram que mudar a rota porque desceu uma neblina, tão fechada que não havia como enxergar a margem do Rio Amazonas. Assim, o piloto decidiu parar na margem, que depois soubemos ser a margem que os barcos sobem o rio, ou seja, estávamos na margem esquerda.



O tempo na Amazônia é relativo às suas características e especificidades. A primeira questão é que as distâncias não são medidas pela quilometragem percorrida, mas pelo tempo decorrido. A viagem de um lugar ao outro depende das variáveis climáticas, das águas, do tipo de motor, do tipo de embarcação. Desse modo, durante a viagem de barco não tem outra alternativa senão acompanhar o ritmo lento do motor. Assim, a solução é deitar na rede, olhar para as palafitas das margens e esperar a chegar ao destino.

A chegada ao município é uma festa, pois o barco logo é invadido por carregadores, motoristas de taxi e moto taxi, parentes e amigos dos passageiros. A tripulação se movimenta para descarregar a carga, que incluía um carro e motos, além de materiais de construção, gêneros alimentícios, garrações de água e pacotes de refrigerantes pet. Quando pisamos em terra, a sensação é que o rio ainda está se movimentando no corpo, pois as águas continuam produzindo o banzeiro no caminho em terra.

A agenda com o município estava se construindo nos encontros que fomos realizando com os gestores, coordenadores, trabalhadores da atenção básica, da vigilância e do hospital. Os encontros foram feitos de questionamentos e de convites para que as pessoas se somassem ao grupo de pesquisadores. Como a proposta é de uma pesquisa participativa e colaborativa, todos se constituem em produtores de conhecimento e de escrita.

O território amazônico tem sido objeto de trabalhos dos pesquisadores associados ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, com a preocupação em associar as políticas públicas com as características do território marcado pelo ciclo das águas e usado pelas populações ribeirinhas. Assim, artigos, livros e capítulos de livro, dissertações e teses tem apresentado algumas das ideias que norteiam esse texto e embasam as pesquisas. O conhecimento é uma produção em rede, que são compostas por diversos grupos que se encontram e se dispersam nos mais diferentes territórios da Amazônia. Essa produção é de um grupo que se encontra em torno de metodologias solidárias, participativas e compartilhadas, que buscam promover um conhecimento pertinente e que valoriza a experiência e os saberes locais.

Utilizamos as seguintes fontes de dados e recursos metodológicas: Plano Municipal de Saúde (PMS), Relatório Anual de Gestão (RAG), dados do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); entrevistas com roteiros semiestruturados, observação participante, além de oficinas com os profissionais de saúde. Algumas das questões que nortearam este trabalho estão relacionadas ao acesso da população ribeirinha aos serviços de saúde no município de Maués. Nos perguntamos sobre a integração entre as equipes da atenção básica e as equipes do serviço de urgência e emergência do município.

O presente texto é um exercício de escrita compartilhada, em que buscamos apresentar o município de Maués, a metodologia e os encaminhamentos no caminho da pesquisa. O projeto "Acesso da população ribeirinha à rede de

urgência e emergência no Estado do Amazonas⁴⁴, coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia dá amparo metodológico e ético à pesquisa no município. Nesse meio tempo, tivemos o desenvolvimento e defesa da dissertação da Vanessa Figueiredo Almeida.

Esse capítulo traz inicialmente uma breve descrição do município de Maués, de acordo com o Relatório Anual de Gestão, o Plano Municipal de Saúde e dados do CNES. Apresenta também os desafios e potencialidades do cuidado pela visão dos ACS. Trata também do diálogo e articulação entre as equipes rurais/ribeirinhas. Além da produção de redes vivas no cuidado em saúde e alguns casos de urgência e emergência, conforme relatos dos profissionais que atuam na área ribeirinha.

A terra do guaraná: lugar de saúde

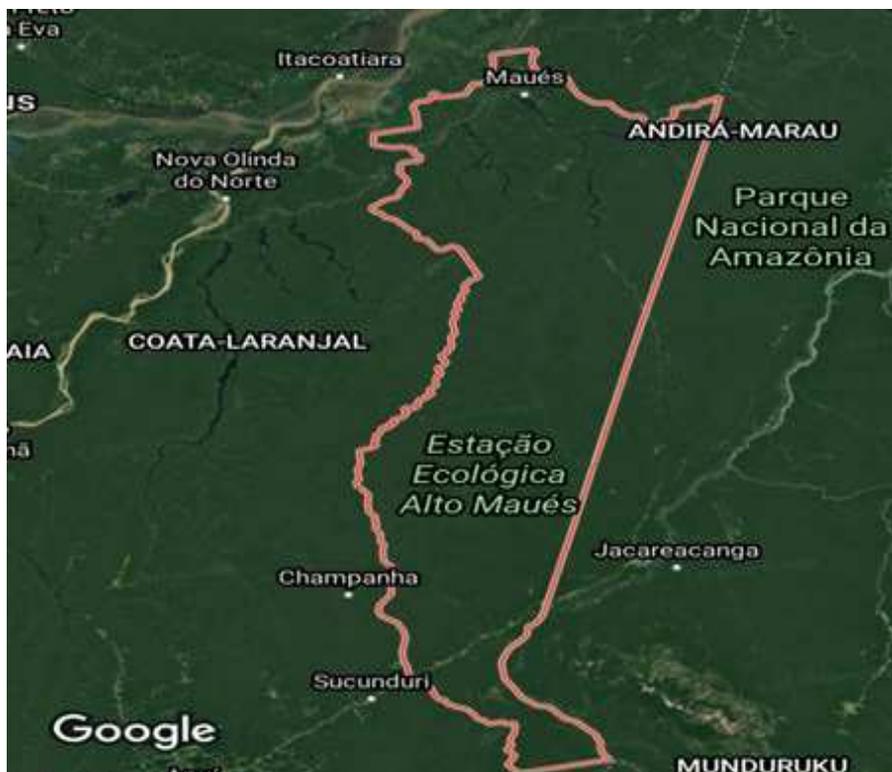
O município de Maués está situado na região do Baixo Amazonas, sendo composta por 5 municípios (figura 01). O município tem suas origens marcada por conflitos entre os índios das tribos Mundurucu e Sateré-Mawé. Em meio a esse cenário de conflitos deu-se origem ao povoado de Lúsea, que foi elevada à categoria de Vila em 25 de junho de 1833, data da fundação da cidade de Maués (Vieira & Figueiredo, 2019). Em 11 de setembro de 1865, através da Lei nº 151, a Vila Maués passou a ser chamada de Vila Conceição, sendo que por meio da Lei estadual Nº 33 de 04 de novembro de 1892, a Vila da Conceição passa a ser denominada apenas com o nome Maués (IBGE, 2020).

A sede municipal é banhada pelo Rio Maués-Açu, estando situada a 250 km da capital do Estado, Manaus, em linha reta (Maués, 2019). O deslocamento acontece somente por meio fluvial ou aéreo no caso se o destino for Manaus. O trajeto fluvial é a principal alternativa de transporte local e intermunicipal, sendo realizada através de barco em 18 horas.

Segundo dados do IBGE (2016), o município possuía uma estimativa populacional de 61.110 habitantes distribuídos entre a sede municipal, com aproximadamente 25.832 e a área ribeirinha com cerca de 26.404 residentes nas 185 (cento e oitenta e cinco) comunidades, que estão organizadas em 12 (dose) polos localizados em áreas próximas a rios, lagos e paranás, na Zona Rural (Maués, 2019). Contudo, de acordo com os dados do município são de 270 entre comunidades e núcleos, com estimativa populacional de 65.040 habitantes (IBGE, 2020).

O município de Maués tem uma vasta extensão territorial com lugares remotos, dificultando o acesso aos serviços públicos devido. A densidade demográfica é de apenas 1,31 hab/km². A população é predominantemente rural, com (50,55%), vivendo nas áreas ribeirinhas dos rios e lagos.

44 - O projeto contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas - Fapeam, no âmbito do Edital 001/2017 do PPSUS.

Figura 01. Mapa do Município de Maués, limites geográficos

Fonte: Google Maps (2020).

O termo ribeirinha nesse estudo é tomado como uma categoria social de pessoas que vivem em comunidades específicas nas diferentes amazônias (Esterci, 2002). Vivem em torno das florestas e dos rios e que convivem com as distâncias e com os desafios. Mas sobretudo com as potências de um território específico, que é vivo, intenso, líquido. Que transforma a rotina das pessoas e que é influenciado pelo ciclo das águas (Ferla, Schweickardt, Schweickardt, Noal, 2019).

O município possui 20 unidades básicas de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2020. Dentre estas, 12 são definidas como rurais, 01 como Unidade Básica de Saúde Fluvial e 07 são Unidades Básicas de Saúde no contexto urbano. Quanto aos serviços de urgência e emergência estão todos organizados no Hospital e Pronto Socorro Raimunda Francisca Dinelli, também conhecido como “Dona Mundiquinha”.

O município de Maués dispõe de 07 (sete) equipes denominadas como Equipe de Saúde Rural, não sendo definidas como ribeirinhas, pois não estão situadas dentro

da área ribeirinha e nem atuam diretamente com essa população. Apenas os ACS fazem o acompanhamento permanente à população ribeirinha no seu território. Outros serviços de acompanhamento e atendimento só são realizados quando o usuário ribeirinho vai até a sede do município. A população ribeirinha é atendida nas Unidades Básicas de Saúde de referência para seu Polo, ou quando a Unidade Básica de Saúde Fluvial realiza viagens para as comunidades. Em casos de urgência e emergência a população ribeirinha procura o atendimento no hospital municipal. As Unidades Básicas de Saúde, localizadas na sede do município, são os locais de referência das Equipes de Saúde Rural. Nesse estudo chamaremos de equipe de Saúde Rural/Ribeirinha, por consideramos que a população ribeirinha é o público-alvo do atendimento. As equipes de Saúde Rural/Ribeirinha e uma equipe de Saúde da Família Fluvial atuam em 06 UBS, como apresentado no quadro acima. Cada equipe é responsável por um ou dois polos, sendo um total de 12 polos, com em média 20 comunidades cada, perfazendo as 270 comunidades.

Foi possível identificar com o estudo que as Unidades Básicas de Saúde não dispõem de serviços de urgências básicas e, muitas vezes, não estão preparados para realizar tal atendimento em áreas ribeirinhas. Isso se deve ao fato de não haver unidade de saúde na área para os atendimentos, as unidades que existem foram desativadas desde março de 2018. Segundo os gestores do município, também autores de texto, a desativação se deu devido à falta de infraestrutura e saneamento nas áreas rurais onde se situavam as unidades, pois não havia abastecimento de água e energia elétrica para manutenção do posto. Além disso, há a dificuldade de adesão dos profissionais e a fixação destes na zona rural/ribeirinha. Os municípios de difícil acesso, com pouca infraestrutura e escassez de recursos para diagnóstico, se apresentam como condições desfavoráveis para a fixação dos profissionais de saúde, especialmente nível superior (Dolzane & Schweickardt, 2020).

Os profissionais têm dificuldade em atender às urgências mais básicas, pois não dispõem de equipamentos e recursos materiais e profissionais. No início de 2019, apenas um Polo possuía um técnico de enfermagem, que atendia a população da sua área. As demais áreas contavam apenas com o cuidado dos ACS, que realizam um grande esforço para atender as necessidades das comunidades. Em 2020, todos os Polos passaram a dispor de ao menos um técnico de enfermagem na área ribeirinha.

Os profissionais ressaltam a importância de uma UBS na área ribeirinha conforme o relato de um Agente Comunitário de Saúde:

Se tivesse uma unidade lá melhoraria tudo...porque muitas vezes a gente vem de lá de noite, de dia, temporal, chuva, vento e tudo aí a gente chega aqui e fica na beirada porque pra gente voltar às vezes não tem gasolina e a gente fica esperando, às vezes a gente dá o nosso jeito de arrumar o dinheiro pra gasolina, empresta de alguém (ACS 1).

A implantação da UBS Fluvial, em 2019, significou um importante ganho para o município de Maués, ampliando o acesso aos serviços de saúde das comunidades

ribeirinhas distantes da sede, que estavam excluídas do direito à saúde. A implantação dessa unidade promoveu uma aproximação das equipes de saúde com os usuários ribeirinhos, pois a UBSF vai até as comunidades favorecendo o acesso e cuidado em saúde (Lima et al., 2016). Os profissionais afirmam que o acesso da população ribeirinha melhorou com a inserção da UBS Fluvial, como no relato a seguir:

Na parte do interior, o município agora esse ano (2019) começou as viagens na UBS Fluvial, onde atende toda a população ribeirinha, inclusive agora, em outubro, nós fizemos uma viagem de 15 dias que foram atendidas 10 comunidades e assim foi muito proveitoso. E muito importante tanto pra eles, a população ribeirinha, como pra nós médicos. (...) existem comunidades que nunca teve acesso a um médico, que nunca foi a um médico lá. E a questão também de medicamentos e o que a gente pode atender de imediato que é uma consulta mais emergencial, (...) porque a gente não provém dentro do barco um laboratório (Médica da Equipe).

Observamos que as equipes de saúde têm um conhecimento limitado sobre a área de sua abrangência e da população de referência. Isso pode ser explicado pelo fato de não estarem atuando no território ribeirinho. Essa situação coloca o ACS como figura chave no cuidado em saúde, pois vive e conhece a realidade ribeirinha do município. Os ACS fazem a comunicação e articulação entre a comunidade e as equipes de saúde, fortalecendo o vínculo entre ambos (Garcia et al., 2017). Efetivamente, a existência das equipes nos territórios permite uma aproximação da vida e existência das pessoas, onde a população procura os ACS com frequência, para resolver problemas relacionados a saúde (Guimarães et al., 2020). Por fim, entendemos a relevância da discussão sobre a saúde ribeirinha e seus processos de trabalho, pois é um modo de desenvolver a política equitativa e justa para as populações na Amazônia ribeirinha.

O território ribeirinho de Maués: desafios e potencialidades no cuidado em saúde

O território das e nas águas foi denominado por Schweickardt et al., (2016) como *território líquido*, como um espaço mediado e influenciado pelas águas, cria modos de vida e existências da população ribeirinha. O território líquido tem uma relação direta com as formas de acesso aos serviços de saúde, especialmente nas situações de urgência e emergência. O “território líquido compreende o território vivo das relações entre pessoas e a geografia regional”, assim as políticas públicas devem ultrapassar o espaço geográfico para o território do cuidado” (Heufemann et al., 2016, p. 106). Portanto, trata-se de pensar no território existencial das pessoas que vivem em ambientes ribeirinhos e que necessitam de cuidado em saúde.

Território, segundo Lima et al., (2016, p. 289), “*não é apenas geográfico, mas é também o conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e*

que mantém suas tradições culturais em um lugar específico”. Segundo Schweickardt et al. (2016), o território está intimamente relacionado com os ciclos das águas, que são marcadores importantes para a vida da população ribeirinha que organiza a sua vida em torno dessas mudanças cíclicas e permanentes.

(...) é importante destacar que na Amazônia o território enquanto área sob determinada jurisdição só é possível ser pensado a partir das malhas e comunicações por meio dos rios, que por sua vez não são como estradas, mas secam ou enchem, seguem ritmos da natureza para além dos homens, que devem também se adaptar (Schweickardt et al., 2016, p. 116).

(...) o território é um condicionante importante para o sistema de saúde apropriado para a Amazônia. Os serviços de saúde são sempre pensados, pela política e pelos gestores, em termos de territórios fixos; mas, para responder às necessidades e os problemas de saúde na Amazônia, é necessária uma densidade e materialidade que é móvel, que segue o fluxo dos rios. Não podemos esquecer que as malhas e os caminhos são de águas e de pessoas, que se modificam com o ciclo das águas, entre a cheia e a seca, moldando o acesso móvel e os próprios profissionais de saúde nestes territórios (Schweickardt et al., 2016, p. 127).

O território líquido para os Agentes Comunitários de Saúde de Maués se refere ao lugar onde vivem e atuam no cuidado em saúde da população das comunidades ribeirinhas. Esse território, segundo os trabalhadores, é um espaço de trocas de experiências, construção de relação comunitária entre as pessoas e famílias que ali residem. Afinal é o seu lugar também, em que se reconhecem como ribeirinhos. É o lugar que podem contar com apoio nos momentos difíceis, seja relacionado à saúde ou não, e que apesar das dificuldades destacam a partilha solidária.

Milton Santos (1988) define o território como sendo um espaço tecno-geográfico. O território, segundo Santos, é formado por elementos fixos e fluxos. O fixo no território são as unidades e equipamentos de saúde que estão na área de abrangência territorial. Esses fixos têm suas características técnicas e organizacionais que não reflete a dinâmica social e política de um grupo. Por outro lado, os fluxos se referem aos movimentos e às conexões dos usuários dentro da rede, ou seja, os serviços de saúde são os fixos que estão intrinsecamente ligados aos fluxos dos usuários do sistema, estão interagindo mutuamente (Santos, 1988).

Os fixos estão presentes nas representações gráficas dos mapas dos ACS, como as igrejas, as escolas, as unidades de saúde e o próprio lago ou igarapé que cortam as comunidades (Medeiros, 2020). Esses últimos são fixos, mas expressam os fluxos dos ribeirinhos, no andar de sua vida, no movimento de ir e vir, nas relações estabelecidas com o outro, nas experiências de vida e nos relatos apresentados pelos trabalhadores da saúde.

Imagem 02. Meios de transporte dos ribeirinhos até a sede de Maués



Fonte: Giovana Brandão Farias, 2019.

O território vivo é movediço e vai se produzindo com a vida e com as relações que se estabelecem o tempo todo. É aquele onde a vida acontece de forma concreta no cotidiano, em que as relações são estabelecidas nesse espaço concreto que dá sentido à vida existencial de cada pessoa. É também esse lugar que permite entender as organizações sociais e de saúde da comunidade local (Monkey; Gondim, 2016).

O território líquido é o que aproxima o cuidado em saúde da vida cotidiana da população ribeirinha, através das visitas da equipe de saúde aos ribeirinhos. Das viagens da UBS Fluvial até as comunidades ou mesmo das visitas mensais que os ACS realizam a cada família de sua área de abrangência. Ademais, esse território também é marcado pela insuficiência de políticas públicas direcionadas para as especificidades locais e regionais.

Os Agentes Comunitários de Saúde veem o território como um facilitador ou como um desafio a ser superado no dia a dia, especialmente no que diz respeito ao ciclo das águas. Alguns relatam a dificuldade que é enfrentar a seca e ter que caminhar quilômetros para fazer as visitas às famílias mais distantes.

Eu trabalho num território que eu fico preso a maioria do ano, ando quatro mês de canoa e o resto do ano a pé. A gente num tem condução terrestre, aí é pernada, são uma hora, uma hora e meia, mas de uma hora e meia às vezes (ACS 6).

No período da seca formam-se estradas de terra na qual os ACS precisam caminhar por horas para fazer suas visitas domiciliares. Já na cheia os caminhos são facilitados pelos furos que surgem e que já conhecem pelo tempo de experiência na profissão. Esses furos facilitam o deslocamento tanto do trabalhador quanto do usuário, pois é através deles que os rios aproximam as pessoas, as comunidades tornam-se mais próximas com relação ao tempo de deslocamento (Santos, 2020). Muitos ACS da área ribeirinha trabalham há vários anos e tem um domínio do território, mas também não deixam de destacar os desafios e as potencialidades que o território traz ao trabalho cotidiano.

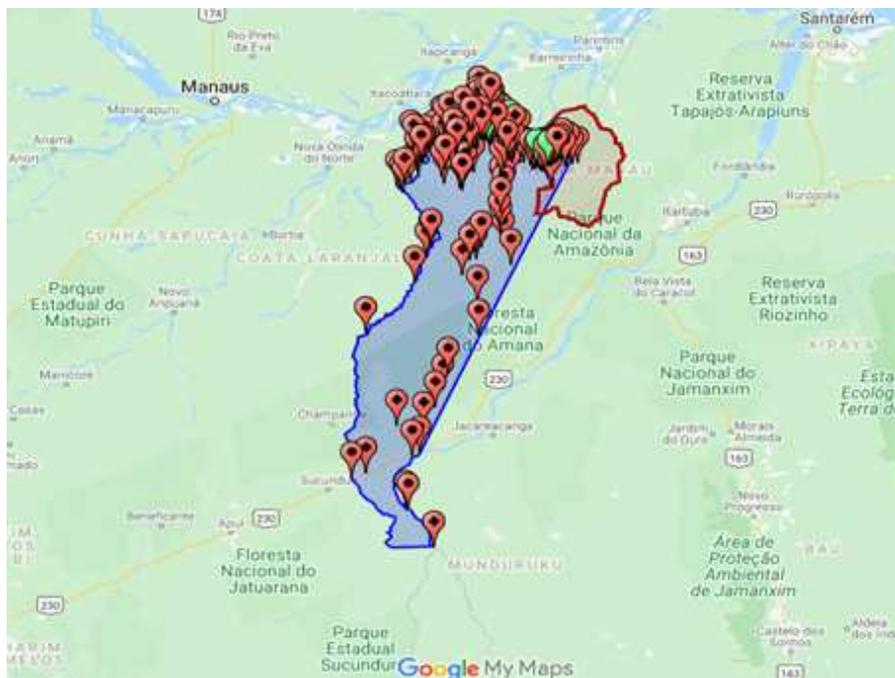
Quando é tempo de cheia é uma maravilha, tem os furos, aí a gente vai, chega lá aonde a gente quer, quando tá seco a gente chega sim, mas é difícil, pra mim que moro na cabeceira do rio é difícil chegar no último morador, mesmo a pé é muito longe e fica difícil pra chegar às vezes eu já não vou mais lá na seca (ACS 3).

Schweickardt et al. (2016, p. 116) entendem que o território líquido não refere somente a uma metáfora do território amazônico, mas é uma categoria que contribui para análise das políticas públicas. É por meio do território que a população produz diferentes redes que se constituem nos encontros. Essas se referem às redes vivas que vão além daquelas instituídas e estão ligadas à dimensão micropolítica do cuidado (Merhy, 2014). Segundo Ferla et al., (2015) o território não se restringe a um espaço geográfico, mas é constituído por pessoas e instituições e que é permeado pela diversidade práticas e relações que se estabelecem no âmbito dos serviços, superando a centralidade da doença no trabalho em saúde, girando em torno dos territórios existenciais das pessoas que buscam os serviços. Por fim, o território líquido pode ser pensado como o conjunto de relações que caracterizam a vida e a saúde das populações da área ribeirinha.

A equipe de Saúde Rural, como é denominada pela gestão, é responsável principalmente por atender a população ribeirinha, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de 6 a 12 ACS, dependendo da extensão territorial que a equipe abrange e o número de comunidades.

O maior desafio para uma saúde ribeirinha é a garantia do acesso aos serviços de saúde, principalmente o transporte sanitário que presta socorro nos momentos de urgência e emergência. Na falta de transporte sanitário, a população realiza o deslocamento utilizando a “rabeta”, que a principal embarcação pelo baixo custo. Por outro lado, esse tipo de transporte é lento e pode levar horas ou dias para chegar até a sede do município.

Na imagem é possível observar a distância entre as comunidades ribeirinhas da sede do município. Assim, fazer saúde nesse território não depende somente de profissionais, mas principalmente de recursos de logística e infraestrutura para superar os desafios da geografia local.

Imagem 03. Localização das comunidades ribeirinhas e da área indígena, Maués, 2020

Fonte: Giovana Brandão Farias, 2019.

O Agente Comunitário de Saúde e a produção de redes vivas no cuidado em saúde

As principais redes vivas demonstradas e relatadas pelos ACS no estudo, geralmente são constituídas por seus próprios familiares e alguns comunitários. Essas pessoas que formam a rede viva do trabalhador e do usuário estão dispostas a ajudar nos momentos em que surge alguma urgência ou emergência na área ribeirinha. Muitas vezes pode ser o filho, o marido, o coordenador comunitário, parteiras, rezadores ou mesmo outro agente comunitário que vive próximo.

Os ACS são vistos como socorristas pela comunidade, pois fazem o possível para levar o cuidado em saúde às famílias acompanhadas. Mesmo diante dos desafios e barreiras que surgem, especialmente no período da seca, os ACS procuram uma alternativa para levar o paciente até a sede do município quando necessário. No estudo foi possível identificar muitos desafios na produção de saúde no território ribeirinho, como também as potencialidades das redes vivas no cuidado em saúde, por meio dos ACS e a comunidade local. Como nos relatos de alguns ACS:

Eu também tenho apoio do meu marido, que me leva, como eu fiz uma cirurgia eu não posso tá puxando rabeta, ele que me leva pra lá, pra fazer visita (ACS 2).

Eu levo meu filho, quando o companheiro não pode acompanhar naquele momento. Então a gente vai e leva o filho pra ajudar a gente (ACS 3).

Em emergências, os usuários oriundos das áreas ribeirinhas geralmente são acompanhados por um ACS, e, nos casos de urgência, são acompanhados, na maioria das vezes, apenas pelos familiares. Esse cuidado compartilhado, que ultrapassa a abordagem institucionalizada, nos apresenta uma discussão sobre a produção de redes vivas. Essas redes devem ser pensadas como potência para a produção do cuidado. Segundo Franco (2015, p. 262), as redes são formadas quando os trabalhadores estabelecem conexões e se responsabilizam pelo cuidado, formando “fluxos, linhas de cuidado, novos mapas redesenhando as redes”. Em algumas situações, a rede viva se faz com as parteiras ribeirinhas, que, em alguns casos, também são Agentes Comunitários de Saúde.

Tem as parteiras, nos casos de uma emergência, se caso a pessoa ali, às vezes espera o mês e não nasce, aí é rápido já vai tendo, aí a gente ajuda (ACS 4).

As parteiras ajudam no momento do trabalho de parto em casos simples, e, em casos mais complexos, pedem auxílio do ACS quando a gestante necessita ser encaminhada até a sede do município para o atendimento. As conexões e nós entre os ACS e as parteiras formam a rede viva para a produção do acesso e do cuidado em saúde. Desse modo, percebe-se que o *“lugar do cuidado envolve uma tecnologia leve, que coloca em ação as relações de afetividade e de troca de saberes”* (Schweickardt et al., 2020, p. 13).

As redes vivas, segundo Merhy (2014, 2016), são aquelas que são produzidas no cotidiano dos serviços através do encontro entre profissionais e usuários. Assim, a micropolítica do trabalho em saúde se torna visível e se materializa nesse encontro (Franco, 2006). O território líquido torna ainda mais visível a relevância das tecnologias leves, que se realizam em cada encontro com o trabalho vivo. Paradoxalmente, os encontros promovidos pela gestão são, na maioria das vezes, lugares da prescrição de trabalho, com “informes objetivos” e objetivados por um saber que se expressa na organização das equipes.

Os Agentes Comunitários de Saúde mais experientes tem muitos relatos de casos complexos de urgência e emergência na área ribeirinha, assim apresentamos algumas falas desses profissionais que narram tais acontecimentos.

Eu vou contar aqui uma história...lá no Ozório da Fonseca (Posto de Saúde desativado), lá na comunidade São Pedro. A tardezinha a mãe tinha o costume de botar os filhos dentro de uma caixa

debaixo de uma mangueira, aí ela se intertia, varria o quintal... quando foi um dia da mangueira caiu uma surucucu dentro da caixa e a criança brincando, a cobra começou a morder, mordeu todinho aí quando a mãe viu, o menino jogou ela da caixa, na hora ela viu que saiu no meio do mato e foi em bora, ela percebeu que o filho dela tava todo roxo de mordida de cobra. Levaram para o posto do Ozório da Fonseca...faz alguns anos, levaram eles pra lá, o menino estava agonizando, aí como a gente já tinha o soro, aí eu fez o soro antiofídico, sem saber a qualidade (espécie) da cobra porque a mãe não sabia nem explicar qual era o tipo da cobra...Então nós ligamos pra cá, pra sede...aí foi um senhor que foi daqui num 40 (motor) e chegou lá era uma meia noite, lá a gente embarcou e viemos em bora aí chega em frente outra comunidade e acabou nossa gasolina. Aí a gente encostou e comprou gasolina...a criança já estava bem afetada, quando chegou no hospital foi tratada e de manhã encaminhada pra Manaus de avião... Chegou lá fez hemodiálise e hoje está bem graças a Deus, mas se não tivesse feito logo o Soro e a medicação pra conter, eu nem sei...isso é uma experiência de vida, como tantas outras. Então isso é muito importante a parceria de todo mundo, precisamos de cada um (ACS 5).

Na época do ocorrido a Unidade estava funcionando com apenas um profissional técnico de enfermagem, tendo passado um período de quase dois anos desativadas, sendo reativadas e equipadas a partir de maio de 2020. Assim, percebe-se a importância do cuidado em saúde no território, com profissionais experientes, dispendo de equipamentos de suporte básico de vida para realizar os primeiros atendimentos aos ribeirinhos.

O relato de outro Agente Comunitário de Saúde trouxe um relato que entendeu como sendo de urgência e emergência:

Vou contar uma história que aconteceu no meu território, estava no Natal na minha comunidade e lá é tudo por terra. Quando foi 11 horas da noite apareceu um homem que era doente de próstata, ai já tinha vários dias com os sintomas, apareceu na comunidade doente com prisão de ventre. Quando a gente foi descobrir ele já estava com a pente (região pélvica) inchada, já estava desmaiando pra cá e pra li. Aí nessa época eu não tinha rabeta, eu fazia minhas visitas remando, aí tinha um amigo que tinha um rabeta, estava preocupado, mas ai convidei os parceiros, 6 pessoas tiremos uns paus e atemo a rede e carreguemo, são quase duas horas de ombro. Trouxemos pro Paraná, conduzimo uma canoa pela estrada, quando foi 9 horas da manhã cheguei aqui em Maués, passei das 11 horas da noite até 9 horas da manhã com aquele homem, mas eu consegui. Chegemos, coloquei ele no hospital e ele foi atendido. Esse pra mim foi um caso de urgência e emergência (ACS 1).

Os casos de urgência e emergência fazem parte da memória dos ribeirinhos, fazendo. As histórias dos ACS refletem como é feita a urgência e emergência, ultrapassando o instituído nos protocolos dos serviços de saúde. Assim, a urgência e emergência é entendida de diversas maneiras, dependendo do lugar de fala e das experiências de cada um, seja um gestor, profissional ou mesmo do usuário. Os Agentes Comunitários de Saúde têm um entendimento que é próprio de sua vivência e experiência profissional, que simboliza e expressa a realidade local e o significado do que é urgência e emergência. Em geral, os ACS entendem a diferença entre casos de urgência e casos de emergência, como apresentado pelo relato a seguir:

Pra mim o que eu entendo que são os casos de urgência são por exemplo uma picada de cobra, uma ferrada de escorpião, ... Então esses são os casos de urgência. O caso de emergência são o de uma pessoa que levou uma facada no tórax que ele tá coisa e que tem correr ali pra socorrer essa vida, o que eu entendo assim, porque ali o cabra já tá abrindo a boca então tem que correr mais rápido (ACS 5).

Emergência são os casos de que acontecem de imediato, então você não pode esperar tem que agir de qualquer maneira ou trazer...a melhor...a solução é trazer, então um caso como uma furada, um tiro, uma picada de cobra, uma mulher pra parir sem poder parir. Então esses casos eu acho na minha ideia, no meu pensar esses casos são os casos que a gente pode agir na emergência, não podemos esperar por ninguém senão por Deus e a gente e às vezes os colegas que podem socorrer a gente lá no nosso território (ACS 3).

Segundo o relato dos profissionais, a maioria dos casos de urgência e emergência estão relacionados às questões obstétricas. Devido à distância, algumas gestantes não fazem o pré-natal completo, não realizam todas as consultas e não conseguem prevenir complicações que pode surgir durante o trabalho de parto. Pelo fato de residirem no interior, as mulheres geralmente ficam em suas casas e quando iniciam o trabalho de parto seguem logo para a cidade ou se preferem ter o bebê em casa, acionando o ACS responsável ou alguma parteira da comunidade, que assiste parto.

As parteiras em comunidades ribeirinhas, além dos Agentes Comunitários de Saúde, acabam sendo o único recurso para realização do parto nas áreas de difícil acesso. As parteiras tradicionais trazem uma outra lógica para o cuidado, que é realizado nas casas e no território de conhecimento e de vida que são os mesmos das gestantes. Assim como os ACS, elas têm o respeito e reconhecimento da comunidade, que foram alcançados através da experiência e do conhecimento construído ao longo do tempo com suas práticas de partear. As pessoas da comunidade e as parteiras têm uma convicção de que suas práticas são como um dom de Deus e, portanto, tem em suas mãos uma

grande responsabilidade (Schweickardt *et al.*, 2020).

Segundo os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), o número de partos hospitalares, em 2019, foi de 1510 e somente 24 foram registrados como partos domiciliares. Apesar dos dados do SIH apresentarem os dados gerais de parto e não somente de urgência e emergência, os relatos sobre o transporte de gestantes por situações de risco no parto estão presentes nas narrativas dos ACS. Chama a atenção o registro do baixo número de partos domiciliares, o que pode ser explicado pela subnotificação da informação, pois o município de Maués possui a população Sateré Mawé que se utiliza das práticas tradicionais do nascimento. Esse pode ser um tema para pesquisas posteriores.

Destacamos que a gestão nos revelou a preocupação com os dados de partos hospitalares, demonstrando que há necessidade de maior investimento em ações de educação permanente em saúde para os profissionais, discutindo o território e as estratégias de cuidado nas questões do parto e nascimento. Do mesmo modo, é importante destacar a valorização das práticas tradicionais do cuidado e as redes vivas no território líquido de Maués.

Quadro 04. Principais causas de Internações Hospitalares por local de residência e ano de atendimento segundo CID-10, Maués, 2020.

Capítulo CID-10	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	119	174	146	439
II. Neoplasias (tumores)	129	235	69	433
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32	66	13	111
IX. Doenças do aparelho circulatório	78	118	40	236
X. Doenças do aparelho respiratório	149	226	74	449
XI. Doenças do aparelho digestivo	239	395	123	757
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	87	113	42	242
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	153	257	79	489
XV. Gravidez parto e puerpério	816	1.480	624	2.920
XIX. Lesões por envenenamento e out consequências de causas externas	146	221	114	481

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2020.

Há casos de urgência e emergência em que a família não espera a chegada da ambulância, quando os familiares chamam o Agente Comunitário de Saúde ou alguém da comunidade para se deslocar para o hospital. Uma das principais dificuldades no acesso aos serviços de urgência e emergência se refere ao

transporte até a sede do município. Além disso, foi levantada a necessidade de instalar uma casa de apoio para os ribeirinhos na sede do município para aqueles que não tem residência própria ou de familiares.

Até aqui chegamos no caminho do compartilhamento

O trabalho permitiu conhecer a Rede de Saúde Maués, bem como a articulação entre os serviços de urgência e emergência e a Atenção Básica, e especialmente o trabalho dos ACS no território líquido. Vimos que o protagonismo dos ACS no cuidado em saúde institui redes vivas nas comunidades ribeirinhas. Apesar dos inúmeros desafios enfrentados por eles no cotidiano de suas vidas, seja como profissional da saúde ou mesmo como ribeirinho, demonstram um sentimento de gratidão ao realizar esse serviço nas comunidades.

Os desafios para a gestão da saúde ribeirinha ainda são muitos, especialmente na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Apesar dos incentivos governamentais para o custeio das equipes de saúde ribeirinha e fluvial, o município ainda precisa ter pessoas qualificadas para fixar nas Unidades Básicas Ribeirinhas, assim como profissionais que tenham uma adesão ao território e com o trabalho na Atenção Básica. A questão do transporte sanitário é central na questão da urgência e emergência, considerando os aspectos relacionado com o ciclo das águas, pois depende de infraestrutura adequada como as ambulanchas. A pesquisa nos mostrou que as emergências básicas precisam fazer parte do escopo de trabalho das equipes ribeirinhas, considerando o perfil epidemiológico e as características locais. Por fim, entendemos que a política de saúde ribeirinha é diferenciada por suas características culturais da população, pela conformação do território líquido, significando que precisamos ter processos de trabalho e de cuidado específicos para esses lugares da Amazônia Ribeirinha.

Iniciamos nossa viagem no barco, olhando para as margens e criando os diversos cenários da vida ribeirinha. Continuamos com os trabalhadores e gestores na tentativa de compreender as lógicas do trabalho e da gestão do cuidado no município. Terminamos a nossa caminhada ao meio da maior crise sanitário dos últimos cem anos, o que trouxe desafios imensos para a gestão, trabalhadores e usuários. A pandemia limitou os nossos movimentos, mas também nos mobilizou para o registro e para a produção do conhecimento. A nossa esperança é que os encontros, compartilhamentos, trocas possam nos mobilizar para a produção da equidade para uma saúde justa para todas as pessoas.

Referências

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011c. http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Dolzane, R.S.; Schweickardt, J.C. (2020). Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-774620000300514&Ing=en&nrm=iso

Esterci, N. (2002). Ética e Política Ambiental na Amazônia contemporânea. In: Esterci, N.; Lima, D.; Léna, P. Rede Amazônia: diversidade sociocultural e políticas ambientais. **Boletim Rede Amazônia**, Rio de Janeiro ano 1, n. 1.

Ferla, A.A; Rocha, C.M.F; Dias, M.T.G; Santos, L.M. (2015). Redes vivas de Educação e Saúde e a Integração Universidade e Sistema Local de Saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das Redes de Atenção. In: FERLA, A. A. et.al. **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida.

Ferla, A.A; Schweickardt, K.H.S.C; Gai, D.N; Schweickardt, J.C. (2019). Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. P. 9-20. In: Ferla, A. A.; Schweickardt, K. H. S. C.; Gai, D. N. **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida. 236 p.

Franco, T. B. (2015). Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: Almeida, P. F.; Santos, A. M.; Souza, M. K. B. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. - Salvador: EDUFBA, p. 261-275.

Garcia, A.C.O; Lima, R.C.D; Gavalote, H.S; Coelho, A.P.S; Vieira, E.C.L; Silva, R.C; Andrade, M.A.C. (2017). Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&Ing=en&nrm=iso

Guimarães, A. F et al. Acesso aos serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://revista.iec.gov.br/submit/index.php/rpas/article/view/698>. Acesso em: 23 dez. 2020.

Heufemann, N.E; Schweickardt, J.C; Lima, R.T.S. (2016). A produção do cuidado no 'longe muito longe': a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: Feuerwerker, L.; Bertussi, D.C.; Merhy, E. E. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis.

IBGE. (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/maues/historico>.

IBGE. (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/maues.html>.

Lima, R.T.S; Simões, A; Heufemann, N.E.C; Alves, V. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J.D.P; Culau, F.S.; Wottrich, L.A.F; Kessler, L.L. (Orgs.). 2016. **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Vol 2. Porto Alegre: Rede Unida.

Maués. (2018). Secretaria Municipal de Saúde de Maués. **Plano Municipal de Saúde - PMS: 2018-2021**. <http://sargsus.saudde.gov.br>

Medeiros, J.S. (2020). **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas**. 235p. Dissertação [Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia], Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus.

Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. - São Paulo: Hucitec, 2014.

Merhy, E.E; Gomes, M.P.C; Silva, E; Santos, M.F.L; Cruz, K.T; Franco, T.B. (2016). 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. (orgs)/ **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, p. 31-42.

Santos, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

Santos, I.C.P.A.M. (2020). **O "pulso das águas" e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do Baixo Amazonas/AM**. 83p. Dissertação [Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia], Universidade Federal do Amazonas.

Schweickardt, J.C; Sousa, M.J.S; Nascimento, A.C.S; Reis, A.E.S; Gomes, M.D.M; Moraes, T.S. (2020). Os caminhos do conhecimento pelas mãos das parteiras tradicionais do Amazonas: diálogos da escrita coletiva. In: SCHWEICKARDT, J. C et al. (Org). **Parteiras tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida. p. 12-27.

Schweickardt, J.C; Souza, R.T.L; Simões, A.L; Freitas, C.M; Alves, V.P. (2016). Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R.B et al. (Org). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. - 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida, vol. 1. p. 101-132.

Vieira, I; Figueiredo, M.C.F. (2019). Folkcomunicação e turismo cultural na Festa do Guaraná de Maués (AM). RIF, Ponta Grossa/ PR v. 17, n. 38, p.47-64. DOI - 10.5212/RIF.v.17.i38.0003.

Enfrentamento da pandemia da Covid-19 no município de Boa Vista do Ramos, Amazonas

14

Nicolás Esteban Castro Heufemann
Francisco Souza dos Santos
Mayara Gonzaga Soares
Elioinai de Araújo Miller
Tatia Lamara Magno Morais
Lysandra Nivea Guimarães Farias
Júlio César Schweickardt

Introdução

A pandemia do novo coronavírus (Severe Acute Respiratory Syndrome - Sars-Cov-2), conhecida como COVID-19 (Corona Virus Disease), é considerada a maior emergência de saúde pública do mundo que há décadas não é enfrentada. As notícias e rumores, nos últimos dias do ano de 2019 indicavam que em uma cidade da China (Wuhan) estava circulando um vírus altamente contagioso e de alta letalidade foram os primeiros indícios de uma nova ameaça mundial, que mais tarde viria afetar de modo devastador o mundo. No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma emergência de saúde pública internacional caracterizada como pandemia com elevado índice de progressão para toda a humanidade (OPAS, 2020).

As primeiras ações no Brasil, de acordo com Morette et al. (2021), foi a de criar uma estrutura de quarentena localizada em uma base das Forças Armadas em Anápolis/Goiás para abrigar viajantes e os profissionais envolvidos, civis e militares. O primeiro caso no Brasil foi detectado no final de fevereiro, em São Paulo, em pessoas que haviam realizado viagens a outros países, e a contaminação dali em diante ocorreu em alta escala (Henriques & Vasconcelos, 2020). A Portaria nº 188/GM/MS, de 04 de fevereiro de 2020, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (Brasil, 2020).

No norte do país, na Amazônia brasileira, região que ocupa aproximadamente 60% do território nacional, apresenta uma carga de desafios que não é trivial, desde os de ordem social, econômica e os de extrema desigualdade. O Estado do Amazonas tem uma população que historicamente é submetida a condições



de pobreza (Orellana et al., 2020) e ainda, segundo o mesmo autor, essa é uma realidade comum para populações vivendo em regiões de acesso remoto e terras indígenas, cuja vulnerabilidade social e econômica restringe sua mobilidade espacial no território, tornando-as mais susceptíveis à dramática disseminação da COVID-19, em especial de suas formas graves.

O primeiro caso confirmado no Estado do Amazonas, na capital Manaus, ocorreu em março de 2020, tratava-se de uma mulher de 39 anos que havia retornado do continente europeu, especificamente de Londres (SES-AM, 2020). No mesmo mês também confirmaram-se as duas primeiras mortes causadas pelo novo coronavírus, nos municípios de Parintins e Manaus, respectivamente (A Crítica, 2020). A segunda onda, já no final do ano de 2020 e início de 2021 deixou marcas ainda mais profundas e inesquecíveis na população amazônica e no mundo, com o colapso da rede de saúde local e ocupação de quase 100% dos leitos de internação em enfermarias e de terapia intensiva. Observou-se um aumento explosivo na mortalidade por problemas respiratórios, complicações comuns da COVID-19, durante a epidemia. Constatou-se, também, um aumento significativo na mortalidade por outras causas, possível consequência de fatores como: adiamento por parte do paciente de tratamento como meio de evitar exposição ao vírus em hospitais e pela própria priorização pelos serviços de saúde ao atendimento de pacientes com COVID -19 (Orellana et al., 2020).

Em decorrência desse colapso, houve falta de oxigênio medicinal na cidade de Manaus e em outras cidades do Estado do Amazonas. Trágica e comoventemente, óbitos em sequência começaram a ser reportados por asfixia. Imagens, reportagens e “gritos” estamparam o noticiário nacional e internacional, e foi uma constatação explícita de como o Sistema de Saúde, mais especificamente o serviço de urgência e emergência, estava gravemente fragilizado. Neste cenário, os noticiários também estamparam sepultamentos coletivos, caixões sobre caixões, valas abertas e os serviços funerários estrangulados. Optou-se pela transferência de centenas de pacientes gravemente acometidos pela COVID -19 a outros Estados da Federação.

Muitos decretos e portarias estaduais foram estabelecidos, além de inúmeros protocolos que foram sendo introduzidos no dia a dia dos profissionais pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) e pelos próprios municípios. Além desse balizamento, há toda uma luta da ciência com o obscurantismo, havendo um esforço enorme de “colocar luz” em “bandeiras de morte” como o do tratamento preventivo, a negação do isolamento social como eficaz no controle da doença e o “não uso de máscaras”. Não basta apenas criar decretos e portarias, além de todo um expediente que versa sobre o componente epidemiológico da doença e as suas respectivas cores (roxo, vermelho, azul, laranja e amarelo), se não houver pautas fortes que insistam no isolamento e no autocuidado preventivo, na sensibilização e mobilização das pessoas; e na busca incessante por vacinas. Aqui cabe um parêntesis, o da centralidade do papel dos municípios no alinhamento das estratégias, no planejamento e nas ações frente à pandemia, de que as ações locais e específicas para as populações de cada município foram de extrema importância para uma resposta aos cuidados das pessoas (Morette et al., 2021).

Considerando esse protagonismo, achamos pertinente trazer a experiência de um município do interior do Estado do Amazonas, pois as informações se referem, normalmente, aos grandes centros, onde os feitos e efeitos são mais visíveis. No entanto, os municípios de pequeno porte também sofreram os impactos e precisaram mobilizar recursos, enfrentar adversidades no campo da macro e da necropolítica⁴⁵ e desenvolver estratégias de enfrentamento à pandemia. Aqui o “longe muito longe”⁴⁶ nos interessa como contexto desta escrita, pensando na questão que norteou e motivou este texto: como um cuidado efetivo, em tempos de Pandemia, pode permear um “fazer saúde” em municípios de pequeno porte do Estado do Amazonas?

O debate sobre a pandemia nos traz a reflexão sobre o acesso das populações interioranas aos serviços e informações de saúde. A região amazônica é um espaço da discussão da equidade, considerando as especificidades da população e as particularidades do território, que apresenta desigualdades e injustiças sociais (Heufemann et al., 2019). Assim, sempre precisamos colocar em evidência que o território amazônico exige modelos de tecnologia do cuidado diferenciados e fortemente implicados com a realidade local. Neste sentido, esta escrita pretende demonstrar as ações de enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no município de Boa Vista do Ramos (BVR), Estado do Amazonas.

Princesinha do Ramos - um recorte da Pandemia em cenário Amazônico

Boa Vista do Ramos, popularmente conhecida como Princesinha do Ramos, é um município de pequeno porte (19.626 habitantes), com baixa densidade demográfica (5,79 habitantes/Km²), localizado na 9ª sub-região do Baixo Rio Amazonas (BOA VISTA DO RAMOS, 2017) tem como característica marcante a de ter um componente ribeirinho estruturante, com metade de sua população em área rural e sua Sede e as demais 47 Comunidades em contato direto com cursos d'água (rios e lagos).

A primeira estratégia de enfrentamento adotada pelo município, em 18 de março de 2020, foi à criação do comitê de combate à COVID-19 e a elaboração do Plano de Contingência. A vulnerabilidade da população a uma infectividade ainda desconhecida do novo vírus circulante, a inexistência de vacinas e tratamento específico, e, conseqüentemente maior, um risco de ocorrência de casos graves e mortes pela doença impulsionou a busca de parcerias interinstitucionais da área de saúde, da educação, planejamento, segurança pública, ministério público do

45 - Necropolítica: conceito clássico do filósofo camaronês Mbembe (2016), que expande o conceito de biopoder apresentado por Foucault. Mbembe retrata exemplos de soberania (intencionalidade em decidir sobre a vida e a morte, em definir quem é descartável e quem não é) que tem como projeto central “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (Mbembe, 2016).

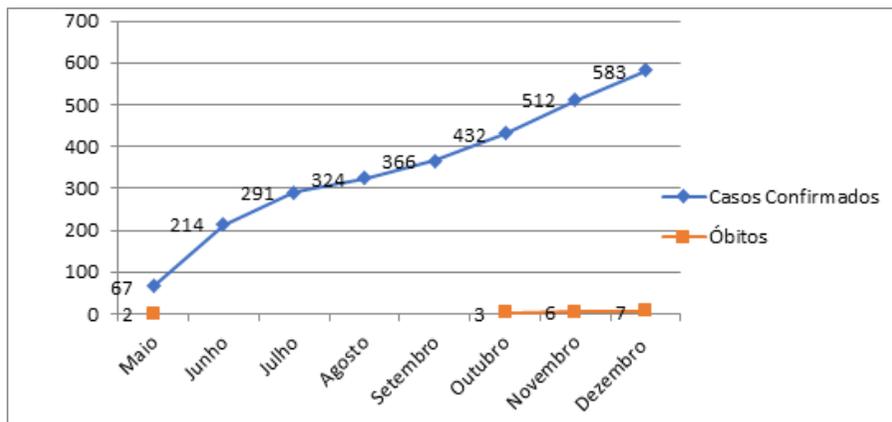
46 - Longe muito longe: expressão cunhada em pesquisa realizada em área ribeirinha do município de Borba, que atravessa o debate sobre a atenção e o cuidado em lugares longínquos e de como o distante pode ser “próximo” em suas redes vivas de cuidado e as vezes, o que percebemos como “perto”, pode não ter o cuidado como centralidade (Heufemann et al., 2016).

município, juizado, polícia militar e civil, conselho tutelar, defesa civil e universidades.

A mobilização de profissionais de saúde foi imediata, incluindo educação em saúde, capacitação, orientados a buscar literaturas, notas técnicas, recomendações da OMS e do Ministério da Saúde. Apesar de todos os esforços, a pandemia chegou neste “território líquido”⁴⁷, em 02 de maio de 2020, quando foi registrado o primeiro caso da doença.

O comportamento da doença em BVR foi exponencial na “primeira onda”, de maio a dezembro de 2020, em número de casos (583) e óbitos (07) (Gráfico 01), com impacto no adoecimento dos profissionais da área da saúde (25%). Ocorreram 02 (dois) óbitos no próprio município e 05 (cinco) em Manaus, todos em idosos com comorbidades. A carga da doença foi mais intensa na área urbana (791 casos/200 rural) e em mulheres (58%), o que nos remete a refletir sobre a maior procura nos serviços de saúde pelas mulheres e a maior concentração dos exames diagnósticos na sede municipal.

Gráfico 01: Número de casos de COVID -19 notificados no município de Boa Vista do Ramos de 02 de maio a 22 de dezembro de 2020.



Fonte: Elaborados pelos autores utilizando os dados epidemiológicos do município, 2021.

Uma das iniciativas tomadas a nível nacional, ainda em fevereiro de 2020, foi o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Brasil, 2020), que dentre outras recomendações referendadas, estabeleceu que as secretarias de saúde dos municípios usem o plano como referência na elaboração de seus planos individuais de contingência e medidas de resposta. Adaptações foram realizadas e as áreas de atuação que fizeram parte do planejamento em BVR foram: vigilância em

47 - Lima et al. (2016) afirmam que este é uma categoria em construção que compreende os rios não como fixos, mas sim como fluxos unindo as pessoas a seus espaços, construindo “conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas tradições culturais em um lugar específico”.

saúde, gestão, atenção primária à saúde, assistência hospitalar, educação em saúde, assistência farmacêutica e comunicação/mobilização/publicidade.

Uma das tarefas, com vistas a potencializar o papel da vigilância em saúde⁴⁸ (Quadro 01), foi o de integralizar as vigilâncias permitindo o trabalho em todas as ações contidas no plano de contingência. Montaram-se barreiras sanitárias nos portos e estradas que davam acesso aos municípios à cidade e a outros municípios, monitorando e barrando o trânsito de pessoas, exceto os casos de urgência e emergência.

Ocorreu ainda a sensibilização por meio de educação em saúde nos setores públicos, portos, hotéis, pousadas, restaurantes, bares, lanchonetes, casa lotérica, correspondentes bancários, academias, embarcações e estabelecimentos comerciais, todos com orientações sanitárias e de acordo com os decretos. Associado a isso, informações epidemiológicas foram comunicadas diariamente sobre o agravo da COVID-19 no município. Houve a divulgação e distribuição de materiais informativos à população e aos profissionais de saúde, incentivando o uso de máscara, distanciamento social, uso do álcool gel e isolamento social. Com os primeiros casos positivos para COVID-19, o isolamento era realizado pelas vigilâncias. No decorrer das atividades, a equipes da Estratégia da Saúde da Família foram se integralizando nas ações de isolamento e de monitoramento dos positivos.

Quadro 01: Destaque das ações do eixo de vigilância em saúde

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Orientar os profissionais de saúde e demais setores no acompanhamento das atividades executadas pelas Unidades da rede municipal de saúde e Unidade Hospitalar.	Vigilância Epidemiológica
	Apropriar-se das definições e notas técnicas sistematicamente, diante de novas evidências ou recomendações da FVS e Ministério da Saúde.	
	Monitorar eventos e rumores de (COVID-19) na rádio e redes sociais junto aos serviços de saúde	
	Subsidiar o alinhamento realizado com os profissionais da APS sobre o manejo da SG e identificação dos casos de SRAG.	
	Divulgar materiais informativos a serem utilizados pelos profissionais nas ações de educação em saúde.	
	Implementar o monitoramento realizado pelas Unidades de Saúde para a identificação, notificação, investigação e manejo de casos suspeitos/confirmados do novo coronavírus (COVID -19).	
	Monitorar os casos de SG registrados nas Unidades de Saúde, identificando áreas de risco prioritárias para subsidiar a gestão na tomada de decisão.	

48 - O objetivo da vigilância em saúde é a observação e análise situacional da saúde populacional, articulando-se um conjunto de ações designadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade, a abordagem individual e a coletividade dos problemas de saúde (Brasil, 2010).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Emitir informações epidemiológicas diariamente sobre o agravo novocoronavírus (COVID-19) no município de BVR;	Vigilância Epidemiológica
	Capacitar os brigadistas para auxiliar no enfrentamento ao novo coronavírus.	
	Firmar parcerias entre Ministério Público, Juizado, Polícia Militar e Civil, Conselho Tutelar e Defesa Civil.	
	Capacitar os profissionais de serviços gerais e motoristas das ambulâncias para limpeza e desinfecção.	Vigilância Sanitária
	Sensibilizar por meio de educação em saúde os setores públicos, portos, hotéis, pousadas, restaurantes, bares, lanchonetes, casa lotérica, correspondentes bancários, academias, embarcações e estabelecimentos comerciais sobre prevenção do novo coronavírus.	
	Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo a normatização definida pelo Ministério da Saúde para o novo coronavírus (COVID -19).	

Fonte: SEMSA, 2021.

A Gestão no setor saúde (Quadro 02) teve um papel bem central na condução e "orquestração das ações" no período em questão. Articulações, arranjos, capacitações, aquisição de insumos, planejamento e fomento fizeram parte do cotidiano da gestão. As boas práticas estiveram presentes no fortalecimento e integração das ações junto às equipes de saúde. O plano de contingência, a sua construção e publicização foi desafiador e ao mesmo tempo estimulou o trabalho coordenado e interinstitucional.

Quadro 02. Destaque das ações do eixo de atuação da gestão da saúde de BVR

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Apresentar e solicitar apoio das secretarias municipais, na execução do Plano de Contingência para o enfrentamento do COVID-19.	SEMSA
	Confeccionar materiais de divulgação desenvolvido pelas áreas técnicas da Secretaria de Saúde.	
	Contratar recursos Humanos e logística, para o fortalecimento da Rede Municipal de acordo com a necessidade, a serem pagas com o recurso específico da COVID-19.	
	Articular parcerias junto ao Ministério Público e Poder Judiciário no enfrentamento ao coronavírus.	
	Sensibilizar os profissionais quanto ao uso correto dos EPI's.	
	Garantir EPI's e insumos necessários para os profissionais e ações emergenciais no enfrentamento da infecção pelo COVID-19	
	Realizar instruções para os profissionais da Atenção Primária à Saúde e Unidades Hospitalar, acerca das diretrizes de controle de infecção pelo COVID-19.	
	Trabalhar ações integradas entre as vigilâncias, Atenção Primária à Saúde e Assistência Hospitalar no controle e prevenção do COVID-19.	

VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Sensibilizar os profissionais quanto a gravidade da infecção e o risco de contaminação.	SEMSA
	Implantar a Síndrome Gripal no Município, para atendimento de casos suspeitos da COVID-19	
	Garantir o abastecimento com medicações nas Unidades Básicas de Saúde, Síndrome Gripal e Unidade Hospitalar para enfrentamento da COVID-19.	
	Aquisição de equipamentos de Fisioterapia para atendimento dos pacientes com COVID-19.	
	Aquisição de uma ambulância para transportar os pacientes acometidos pela COVID-19 com mais segurança e rapidez.	
	Aquisição de Respiradores BIPAP para Sala Rosa, no suporte aos pacientes internados com a COVID-19.	
	Aquisição de combustível para realizar, busca ativa, monitoramento e transporte de pacientes com a COVID-19.	
	Aquisição de testes rápidos para testagem dos casos suspeitos.	
	Aquisição de 03 (três) Concentradores de Oxigênio para Sala Rosa	
	Aquisição de lanchas com motor 40 HP para comunidades de difícil acesso, na remoção de pacientes suspeitos ou diagnosticados com a COVID-19, até a sede do Município.	
	Contratação de 01 (um) médico clínico geral exclusivo para Unidade Hospitalar no atendimento aos pacientes da Sala Rosa.	
	Garantir logística para Campanha de vacinação contra COVID-19 a população do município.	
	Garantir medicamentos da rede de saúde mental para pacientes e profissionais acometidos pela COVID-19.	

Fonte: SEMSA, 2021.

A máxima de que a Atenção Primária à Saúde “cuida das pessoas e não apenas trata as doenças” (Quadro 03) foi colocada à prova nesta pandemia em BVR. Sendo assim, a APS definiu, juntamente com suas coordenações e equipes, o papel de (re) organização do fluxo de atendimento frente a uma nova realidade, sendo destacado o forte papel de porta de entrada dos usuários. As suas equipes, além de suspeitar, diagnosticar e tratar, fizeram um trabalho de monitorar as sequelas das doenças e o suposto isolamento proposto aos indivíduos e famílias. Assim, foram intensificadas as ações de educação para que cada cidadão tivesse conhecimento de como se prevenir.

Quadro 03. Destaque das ações do eixo de Atenção Primária à Saúde.

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	Fortalecer a atenção à saúde com ações e serviços de promoção, prevenção e tratamento aos usuários com SG.	Coordenação de APS e suas sub-coordenações
	Padronizar os serviços da Rede Municipal de APS para atendimento de SG e refreenciamento dos casos de SRAG.	
	Organizar o acolhimento com escuta qualificada nas Unidades de Saúde.	
	Atualizar a situação vacinal dos usuários de acordo com o calendário nacional de vacinação.	
	Realizar a educação permanente para 100% dos profissionais de saúde no manejo clínico da SG com enfoque no novo coronavírus (COVID-19).	
	Realizar o manejo adequado dos usuários com SG.	
	Identificar oportunamente os usuários com SG e fatores de risco para complicações	
	Registrar os casos de SG utilizando o instrumento de coleta de dados.	
	Registrar os códigos específicos (e-SUS) para os casos de SG no Prontuário Eletrônico Cidadão (PEC/e-SUS).	
	Intensificar as atividades do Programa Saúde na Escola - PSE relacionadas ao novo coronavírus (COVID-19) nas equipes de saúde das UBS vinculadas às instituições de ensino.	
	Realizar atividades educativas de Saúde e Nutrição junto à comunidade sobre as medidas preventivas da SG, que contribuem para aumento da imunidade.	
	Fortalecer a postura de vigilância do cuidado através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente Comunitários de Endemias (ACE) para a identificação de casos de SG com monitoramento até a sua reabilitação.	
	Monitorar os casos de SG atendidos nas Unidades de Saúde da rede municipal por 14 dias.	
	Sensibilizar as equipes de Saúde Bucal a importância do registro de casos de SG e identificação de usuários com fatores de risco para complicações.	
Realizar as ações de prevenção, promoção, atenção e cuidado em saúde junto às famílias indígenas e privadas de liberdade.		

Fonte: SEMSA, 2021.

A Unidade Mista Hospitalar buscou criar e organizar o fluxo para receber, internar, tratar ou até encaminhar (referenciar) a população acometida pelas formas mais graves de Covid-19. Foi criada uma estrutura anexa e integrada ao hospital, obedecendo às orientações sanitárias, com o mínimo necessário de equipamentos, insumos e recursos humanos capacitados para prestar serviços. O desafio de maior envergadura é referente à garantia de leitos oportunos para sintomáticos respiratórios e a transferência e manutenção da vida em pacientes gravemente enfermos (Quadro 04).

Quadro 04. Destaque das ações do eixo de Assistência Hospitalar.

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Normatizar e monitorar a execução dos protocolos, normas e rotinas, manejo clínico e fluxo para casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (COVID- 19).	Unidade Hospitalar
	Estabelecer a importância das precauções para gotículas/aerossóis no enfretamento de casos suspeitos ou confirmados da infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).	
	Implementar as ações de educação permanente de acordo com o perfil de cada setor quanto as medidas de prevenção na Unidade Hospitalar.	
	Garantir acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos para a infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).	
	Articular ações integradas com assistência Farmacêutica para monitoramento e logística de abastecimento para atendimento de pacientes suspeitos para infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).	
	Notificar casos suspeitos por SRAG.	
	Acompanhar o fluxo de disponibilização do medicamento antiviral na rede Assistencial de Saúde.	
	Promover a coleta e transporte oportunos e adequados das amostras para diagnóstico laboratorial.	
	Garantir a disponibilidade de leitos de internação com isolamento para casos suspeitos.	
	Elaborar fluxos intra hospitalar para o itinerário do paciente e desenvolvimento das atividades pelos profissionais.	
	Regular os pacientes de COVID-19 para o Município de referência, quando necessário.	
	Garantir o suporte de oxigênio para Sala Rosa.	
Garantir medicações, PPS, EPI'S e outros insumos necessários para o suporte de vida dos pacientes.		

Fonte: SEMSA, 2021.

A principal estratégia de educação para a população foi trabalhar temáticas sociais e preventivas da COVID-19. Ao mesmo tempo realizou-se a educação permanente e continuada para os profissionais de saúde atuarem neste contexto (Quadro 05).

Quadro 05. Destaque das ações do eixo Educação em Saúde.

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Intensificar as ações de educação em saúde e mobilização social nos territórios e estabelecimentos de saúde, sobre as medidas a serem adotadas no controle da infecção pelo novo coronavírus (COVID-19), definidas no Plano de Contingência Municipal.	Núcleo de Educação em Saúde

Fonte: SEMSA, 2021.

As orientações e “caminhos a seguir” pela assistência farmacêutica do município foram baseadas em recomendações da Organização Mundial da Saúde, sendo identificados e definidos tratamentos e medicamentos baseados nas evidências científicas. Aqui vale ressaltar a resiliência em não aderir à tratamentos ditos “preventivos/precoce” no serviço público (Quadro 06).

Quadro 06. Destaque das ações do eixo Assistência Farmacêutica.

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Garantir os medicamentos necessários padronizados pelo RENAME para as SG.	SEMSA
	Solicitar no Sistema de Insumos Estratégico de Saúde-SIES, o fosfato de oseltamivir.	
	Monitorar o abastecimento e o estoque estratégico de medicamentos na rede municipal de saúde.	

Fonte: SEMSA, 2021.

A divulgação das informações à população é temática muito discutida, e como “ação de proteção da vida” sendo prioritária em todas as etapas. Informações confiáveis e precisas permitem que a população tome decisões de forma mais clara e tenham comportamentos mais responsáveis para proteger a si e a coletividade (Quadro 07).

Quadro 07. Destaque das ações do eixo comunicação, mobilização e publicidade.

EIXO	AÇÃO	RESPONSÁVEL
COMUNICAÇÃO, MOBILIZAÇÃO E PUBLICIDADE	Identificar um representante da comunicação para participar das reuniões do Comitê.	Planejamento
	Elaborar ações de comunicação para divulgar medidas de prevenção e controle para a população.	
	Produzir vinhetas a serem veiculadas nos diversos meios de Comunicação.	
	Divulgar informações para população em geral em relação às medidas de proteção respiratória e higienização das mãos para o novo coronavírus (COVID-19).	Equipe Multidisciplinar

Fonte: SEMSA, 2021.

(Des) aprendizagens com a Pandemia

Juntamente com a pandemia do novo coronavírus, veio uma gama de desafios e aprendizagens para os profissionais vinculados à Prefeitura do município de Boa Vista do Ramos e para a sua população. O desconhecimento de medidas potencialmente benignas a serem desenvolvidas acompanhou a jornada de enfrentamento desenvolvida frente ao vírus, que até então, era desconhecido da

maioria da comunidade científica e da população mundial. Tudo que sabíamos sobre o comportamento do vírus era o que a mídia (televisiva e de redes sociais) publicava, e isso nos levou a uma certa temeridade, pois sabíamos que a doença era de uma letalidade preocupante e até então, de um impacto socioeconômico imensurável. Diante de um inimigo tão forte, tivemos que nos preparar para enfrentá-lo de forma organizada e efetiva; sendo um marco, o primeiro caso, que certamente, logo surgiria. Assim, as ações coordenadas foram fundamentais para se evitar uma catástrofe, como as que víamos nos noticiários.

Em pânico, voltamos a erguer limites imunológicos e fechar fronteiras. O inimigo voltou. Já não guerreamos contra nós mesmos. E sim contra o inimigo invisível que vem de fora. O pânico desmedido causado pelo vírus é uma reação imunitária social, e até global, ao novo inimigo (Byung-Chul, 2020).

No início da pandemia enfrentamos desafios relacionados, principalmente, à falta de estrutura e informações adequadas quanto ao comportamento do vírus. Como não poderíamos ficar esperando a coisa acontecer, a SEMSA – BVR focou no planejamento e articulação para organizar o enfrentamento a essa grave crise sanitária. Dentre as medidas tomadas:

- 1.** A criação de um Comitê formado por profissionais de diversas áreas com a atribuição de gerir as demandas da pandemia em nosso município.
- 2.** Elaboração de um Plano Municipal de Contingência do Novo Coronavírus: planejamento organizador das atividades que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes de enfrentamento ao coronavírus.
- 3.** Criação de barreiras sanitárias baseadas em decretos expedidos pelo governo estadual e/ou municipal, com o intuito de frear a entrada do vírus em Boa Vista do Ramos. As equipes de profissionais de diversas áreas integravam essas equipes com o intuito de impedir o trânsito de pessoas. Nesse quesito, BVR foi muito incisiva, pois pessoas e embarcações eram impedidas de transitarem entre os municípios.
- 4.** O abastecimento da cidade (gêneros alimentícios, gêneros de limpeza, higiene, etc.) era realizado por embarcações que transportavam somente mercadorias, sendo que os passageiros poderiam transitar somente em casos excepcionais, como em caso de doença, e não entravam na sede do município sem antes passarem por desinfecção pelos agentes de combate as endemias, com solução de hipoclorito de sódio.
- 5.** O isolamento social, medida tão propalada e de tamanha relevância no dia a dia da pandemia, tornou-se um desafio tremendo em ser implementado. Acreditamos que aqui, apesar da recusa e relutância das pessoas (cultura, emprego, renda, etc) e da enorme difusão de fakenews contrárias ao isolamento social, o município não tinha instrumentos jurídicos para aplicar o isolamento para toda a população.

Na medida que o vírus avançava, os instrumentos jurídicos foram aparecendo e com apoio de grande parte da população, que compreendeu a gravidade da pandemia, começamos a lograr êxito no isolamento social. Pensamos que o feito foi alcançado devido ao temor, especialmente a partir dos primeiros óbitos e internações com pacientes graves e transferências para o município de Parintins (referência para Urgência e Emergência da região do Baixo Rio Amazonas); agregado à iniciativas de Educação em Saúde. Persistentemente, medidas preventivas foram sendo tomadas, como: distanciamento em filas nos bancos, entradas reduzidas no comércio, adoção de boas práticas de higiene, instalação de pias em ambientes públicos e montagem de tendas em ambientes de grande circulação de pessoas.

Para a gestão e trabalhadores de saúde, além da articulação e envolvimento interinstitucional para “afinar” ações; a escassez de EPI adequados e de álcool a 70% (início da Pandemia) foi impactante no cuidado dos profissionais da linha de frente; medicamentos lançados e propalados sem comprovação científica, além das fakenews demandaram parcimônia e busca de informações fidedignas para balizar o trabalho coletivo; falta de leitos de UTI em Parintins e a pouca disponibilidade na Capital foi fator de preocupação e articulação incessante dos gestores e poder público; e a não menos importante, a situação do Estado do Amazonas como um todo, com falta de oxigênio medicinal, carência de medicamentos de intubação e gestores e profissionais de saúde em um crescente de contaminação e óbitos - marcaram profundamente o agir e pensar de profissionais e gestores.

O trabalho dos profissionais de saúde, da educação, segurança pública, saneamento e tantos outros que estiveram ombro a ombro no apoio à população, foi incessante no esforço de preservação da vida, manutenção das atividades cotidianas e fazendo desse “novo normal”, um combate valente ao vírus. A pandemia ainda não foi controlada, temos muitos desafios para o agora e para o futuro. No entanto, neste momento, aprendemos algo sobre o comportamento do vírus e mais um pouco sobre o comportamento humano, mas precisamos continuar hasteando as “bandeiras da vida”, pela informação segura, pelos melhores protocolos de tratamento e pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A chegada da vacina para enfrentarmos esse vírus numa relação de mais igualdade, trouxe esperança e alívio, pela possibilidade de alterar o cenário de pandemia, pois somente dessa forma, conseguiremos repensar as nossas vidas e as relações sociais. Estamos a passos curtos no processo de imunização, sem deixar de almejar que não tenhamos um mesmo “normal” anterior à pandemia, mas um “normal” que tenha aprendido com essa nova situação, que valorize a equidade, a justiça social e sobretudo, o respeito à vida humana.

Referências

A Crítica. (2020). **Amazonas registra segunda morte pelo novo coronavírus: um músico de 43 anos**. 31 de março de 2020. <https://www.acritica.com/channels/coronavirus/news/amazonas-registra-segunda-morte-pelo-novo-coronavirus-um-musico-de-43-anos>

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 abr 2]. 24 p. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/planocontingenciacoronavirus-COVID19.pdf>

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. **Portaria n.188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União, 24. ed., seção 1 - Extra, p. 1, fev. 2020b. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

Boa Vista do Ramos (2017). Prefeitura Municipal de Boa Vista do Ramos. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Boa Vista do Ramos: SMS.

Byung- Chul, Han. (2020). **O coronavírus de hoje e o mundo de amanhã, segundo o filósofo Byung-Chul Han**. El País, 22 de março de 2020. <https://brasil.elpais.com/ideas/2020-03-22/o-coronavirus-de-hoje-e-o-mundo-de-amanha-segundo-o-filosofo-byung-chul-han.html>

Henriques, C.M.P & Vasconcelos, W. (2020). Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 34, n. 99, p. 25-44, ago.

Heufemann, N.E; Lima, R.T.S; Schweickardt, J.C. (2016). A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o 'longe muito longe' transformado pelas Redes Vivas. In: MERHY, E; et al. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis.

Heufemann, N.E; Marín, F.J.M; Vargas, T.E.R; Freitas, J.M.B; Miller, E.A; Schweickardt, J.C; Ferla, A.A. (2019). Acceso a servicios de salud en territorios adversos: registros metodológicos y empíricos de una investigación en la Amazonía. In: Orozco, Ibarra & Ferla. **Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas**. Porto Alegre: Rede Unida.

Lima, R.T.S, Simões, A.L, Heufemann, N.E.C, Alves, V.P. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da UBS de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R. B... [et. al.]. (Orgs.) **Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. 1. ed. v. 2. Porto Alegre: Rede Unida, p. 269-294.

Mbembe, A. (2019). Necropolítica. **Arte & Ensaios**: Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, n.

32, 2016, p. 122-151. <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>.

Morette, P; Cappeellari, A.P; Ferla, A.A; Machado, F.V. (2021). Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia. In: **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. Organizadores: Aline Blaya Martins, Luciane Maria Pilotto, Renata Riffel Bitencourt, Jaqueline Miotto Guarneri e Alcindo Antônio Ferla - São Leopoldo: Oikos.

OPAS. (2020). COVID-19: **Materiais de comunicação**. Washington DC, Estados Unidos. <https://www.paho.org/pt/covid-19-materiais-comunicacao>

OPAS. (2020). **Lista de medicamentos essenciais para tratamento de pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva com suspeita ou diagnóstico da covid-19**. Washington DC, Estados Unidos. <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1871>

OPAS. (2020). Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus** [Internet]. Brasília: OPAS Brasil, 2020. 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.

OPAS. (2020). Organização Pan-Americana de Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843

Orellana, J.D.Y; Cunha, G.M; Marrero, L; Horta, B.L & Leite, I.C. (2020). Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, 36(7), e00120020. Epub July 03, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120020>

Ruiz-Moreno, L; Romaña, M.A; Batista, S.H; Martins, M.A. (2005). Jornal Vivo: Relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface**, v.9, n.16.

SES-AM. (2020). **Amazonas confirma 1º caso de Covid-19 e autoridades garantem que rede de assistência está preparada**. SECOM, 16 de março de 2020. <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4327>

Sobre Autoras e Autores

ORGANIZADORES

Elaine Pires Soares

Graduada em Biologia, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais da Amazônia. Coordenadora da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: sarkiselaine_love@hotmail.com

Júlio Cesar Schweickardt

Graduação em Ciências Sociais. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.ilm@gmail.com

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Graduação em Serviço Social. Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Doutorado em andamento em Saúde Pública na Amazônia - ILMD/Fiocruz Amazônia. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazonia. E-mail: thalita.neves@pmm.am.gov.br

Ana Elizabeth Sousa Reis

Psicóloga. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde e Saúde Mental, álcool e drogas. Mestrado em Condições de vida e situações de saúde na Amazônia. Instituição Leônidas e Maria Deane- Fiocruz Amazônia. Bolsita pela FAPEAM- Fundação de amparo à pesquisa do estado do Amazonas. E-mail: anareis85@hotmail.com

Joana Maria Borges de Freitas Silva

Graduada em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas pela Universidade Nilton Lins. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia - ILMD/Fiocruz Amazônia. Colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com

AUTORAS E AUTORES

Adna Batalha de Souza

Graduação em Serviço Social pela Universidade de Tocantins (UNITINS). Especialização em Saúde coletiva em ênfase Saúde Indígena. Gestora da UBSF Lígia Loyola. E-mail: adnasouzabrenda@gmail.com

Adriane Gomes Belém

Licenciatura em Geografia pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Agente Comunitária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: adriane.jobelem@gmail.com

Andreina Bentes de Souza

Bióloga, Licenciada pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA), Sanitarista, bacharel em Saúde Coletiva (UEA), Especialista em Metodologia da Educação Superior. Atua no serviço especializado IST/HIV/Aids e Hepatites Virais no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município de Parintins-AM. E-mail: andreina.souza75@gmail.com

Arlindo Pires Machado

Graduado em Enfermagem, Especialista em Saúde da Família e Indígena. E-mail: arlindo.enf@gmail.com

Bárbara Pereira Pessoa

Graduada em enfermagem. Especialista em Saúde Pública. E-mail: barbarapereirapessoa@hotmail.com

Clerton Rodrigues Florêncio

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas, (UFAM). Graduado em Direito pela Universidade do Estado do Amazonas, UEA. Especialização em Saúde Coletiva/Saúde da Família, Centro Literatus. Secretário Municipal de Saúde de Parintins. Amazonas. E-mail: clerton40pin@gmail.com

Cosmicilda Farias Gama Rocha

Graduada em Serviço Social/Unitins -TO. cursando especialização em Gestão das Organizações Públicas de Saúde pelo ILMD FIOCRUZ Amazônia. Assistente Social no Hospital Raimunda Francisca Dinelli da Silva e Setor Tratamento Fora do Domicílio - Ambulatorial e Urgência/Emergência. E-mail: fariascilda@gmail.com

Daizes Caldeira Pimentel

Graduada em comunicação social e formanda em Administração pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em planejamento e orçamento em saúde. Esp. micropolítica de gestão e do trabalho em saúde. Esp. Em preceptores do SUS. Assessora técnica da Secretaria municipal de saúde de Parintins. Email: daizes_cp@hotmail.com

Daniela Estephany Soares da Silva

Graduada em Pedagogia (Uninorte). E-mail: danisoares96@hotmail.com

Doricy Ribeiro de Souza

Assistente Social. Gestora do Centro de Atenção Psicossocial (Caps II) Adolfo Lourido, Parintins/Am. E-mail: doricyribeiro@gmail.com
Elioinai de Araújo Miller

Tecnólogo em Turismo Ecológico, Coordenador do Sistemas de Informação do Ministério da Saúde em Boa Vista do Ramos. E-mail: araujomiller@outlook.com

Floriano Lins Anselmo

Jornalista, especialista em Comunicação, apoia o Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação de Mulheres de Parintins, da Articulação Parintins Cidadã, da TEIA de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta.

Francisca Lima Ribeiro

Graduada em Enfermagem e Ciências Biológicas/UFAM-AM, Especialista em Saúde Pública para Gestores do SUS/ ILMD/ Fiocruz Amazônia. Coordenadora da Vigilância em Saúde no Município de Maués. E-mail: kinha.quemel70@hotmail.com

Francisca Margarete Pereira de Souza

Graduada em Enfermagem pela Instituição de Ensino Superior MATERDEY. Especialista em urgência e emergência. Gerente de Enfermagem do Hospital Raimunda Francisca Dinelly da Silva. E-mail: magarethpereira121@gmail.com

Francisco Souza dos Santos

Enfermeiro, Coordenador de Saúde Ambiental, Gerente de Endemias da SEMSA/BVR. E-mail: fran_sou40@hotmail.com

Franmartony Oliveira Firmo

Secretário Municipal de Saúde de Maués. E-mail: firmo@yahoo.com.br

Giovana Brandão Farias

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte- UNINORTE, Pós-graduanda em Gestão das Organizações Pública de Saúde - ILMD/Fiocruz Amazônia. Coordenadora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Maués. E-mail: brandaogiovana123@gmail.com

Gladson Rosas Hauradou

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (2016). Docente do Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia (CSEZ) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Bolsista CAPES/FAPEAL. E-mail: gladson@ufam.edu.br

Glenda Patricia da Silva Vieira

Enfermeira. Aluna de Mestrado - Fiocruz Amazonas e membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. E-mail: glendavieiras@hotmail.com

Hellen Carla de Barros

Graduada em Enfermagem/ UEPA-PA e Ciências Biológicas/UFAM-AM. Especialista em Saúde Pública e Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas- ILMD/ Fiocruz Amazônia. Coordenadora do Departamento

de Controle e Avaliação na Secretaria Municipal de Saúde de Maués. E-mail: hcrbarros@hotmail.com

Hellen Bastos Gomes

Graduação em Serviço Social. Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Doutorado em Educação (UFAM). Especialização em Saúde da Família e em Políticas de Enfrentamento a Violência Doméstica pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Bolsista da Escola de Saúde Pública de Manaus. Participa do Grupo de Estudo e Pesquisa de Processos de Trabalho em Serviço Social na Amazônia (GETRA). Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Política, atuando principalmente nos seguintes temas: trabalho, direitos, avaliação, exercício profissional e criança e adolescente. E-mail: hellenbastosgomes@hotmail.com.

Ivamar Moreira da Silva

Graduação em Serviço Social. Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia, PPSCA/UFAM. Assistente Social, Diretora do Deretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Escola de Saúde Pública de Manaus, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. E-mail: ivamarmsdias@gmail.com.

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Graduação em Enfermagem. Mestra em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, PPGCASA/UFAM, bolsista do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). E-mail: izicaterini@outlook.com

Jean José Queiroz de Oliveira

Graduado em Enfermagem e obstetrícia. Pós graduado em saúde pública pelo ILMD/Fiocruz Amazônia. Secretário Executivo de Saúde do município de Maués. E-mail: jeanjqoliveira@hotmail.com

Keila Andrade Marinho

Técnica de Enfermagem pelo CETAM. Diretora Administrativa do Hospital de Maués 2017-2020. E-mail: keilaandrademari@gmail.com

Leidiane Santarem Valente

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (CESP/UEA). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS. Coordenadora da Atenção Primária em Saúde de Parintins. Amazonas. E-mail: leidianevalente@hotmail.com

Letícia Victoria das Neves Sales

Graduanda em Sistemas de Informação (Fametro). E-mail: leticiavictoria99@gmail.com

Lysandra Nivea Guimarães Farias

Enfermeira, secretária municipal de saúde em Boa Vista do Ramos. E-mail: lysandra_nivea@hotmail.com

Lucas da Silva de Almeida

Enfermeiro formado pela Universidade Federal do Amazonas- UFAM. Gerente de Unidade Básica de saúde do município de Barreirinha-AM. E-mail: lucas.enf.almeida@hotmail.com

Luene Silva Costa Fernandes

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD- FIOCRUZ Amazônia). Mestranda em Saúde da Família- PROFSAÚDE- ILDM/Fiocruz Amazônia. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: luene21costa@gmail.com

Luis Carlos Castro Rocoda

Graduado em Tecnologia em Agroecologia Universidade do Estado do Amazonas (UEA) Campus Parintins, 2011. Coordenador de Produção Vegetal na Secretaria de Pecuária, Agricultura e Abastecimento da Prefeitura Municipal de Parintins. E-mail: dlucarocoda@gmail.com

Maria de Fátima Guedes Araújo

Possui graduação em Letras - Língua Portuguesa pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. educadora popular e pesquisadora de conhecimentos tradicionais da Amazônia. Graduada em Letras pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Especialização em Estudos Latino-Americanos pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) em Guararema (SP). Foi fundadora da Associação de Mulheres de Parintins, da Articulação Parintins Cidadã, da Teia de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta, Militante da Marcha Mundial das Mulheres.

Mayara Gonzaga Soares

Bacharel em Enfermagem: Escola Superior de Ciências da Saúde - U E A - Coordenadora de Vigilância Sanitária - SEMSA - BVR - maysoares28@gmail.com.

Mireille Soares de Miranda

Enfermeira. Missão Evangélica Caiuá/DSEI Parintins. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela FAMETRO. E-mail: mireille_enfer@hotmail.com

Michele Milena Gomes da Silva Santos

Graduação em Enfermagem. Servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM). E-mail: mimigssantos@gmail.com

Nara Maria Reis Carneiro Koide

Graduada em Serviço Social. Mestranda em Saúde Pública pelo Instituto Ageu Magalhães/ Fiocruz Pernambuco. Assistente Social da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e Assessora Técnica de Planejamento e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins. E-mail: narakoide@hotmail.com

Nicolas Esteban Castro Heufemann

Médico. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Doutorando em Psicologia (PPGP-UFFPA). Docente e investigador na Universidade do Estado do Amazonas e médico de Política e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Pesquisador do LAHPSA/Fiocruz Amazonas. E-mail: nheufemann@uea.edu.br

Patrizia Gonzaga Farias

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Gerente do Programa saúde da mulher, Criança, Adolescente e Homem no Município de Parintins, Amazonas. E-mail patrizia_farias@hotmail.com

Railda Soares da Silva

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas, Gerente do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secreta Municipal de Saúde de Parintins. Especialista em Educação Permanente no SUS (ILMD/Fiocruz); Especialista em Preceptoría no SUS (Hospital Sírio Libanês). E-mail: raildasoares@bol.com.br

Reidevandro Machado da Silva Pimentel

Graduado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas do Tapajós- Santarém/ Pa. Servidor do Instituto Federal de educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM). Mestre em Educação pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: reidevandro.pimentel@ifam.edu.br

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Graduação em odontologia. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. Doutor em Saúde Pública (Fiocruz). E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Saturnino Silva de Souza Neto

Auxiliar Administrativo do Centro de Atenção Psicossocial Adolfo Lourido, Parintins/ Am. E-mail: saturnino.tom1@gmail.com

Solane Pinto de Souza

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas- UEA. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD- FIOCRUZ Amazônia). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Amazonas. E-mail: solane_souza@hotmail.com

Sonaira Serrão Castro Ribeiro

Graduação em odontologia pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no Sus.Coordenadora de Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Parintins. E-mail: sonna_castro@yahoo.com.br.

Sônia Maria Lemos

Graduação em Psicologia. Doutorado em Saúde Coletiva. Docente na área da Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: sonlemos@hotmail.com

Tainá Abecassis Teixeira

Assistente Social. Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Analista Técnico Educacional no Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (Cetam). E-mail: taina_abkssis@hotmail.com

Tatia Lamara Magno Morais

Enfermeira, coordenadora da atenção básica em Boa Vista do Ramos. E-mail: tatialamara@hotmail.com

Vanessa Figueiredo de Almeida

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas, mestre pelo Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA/Fiocruz Amazônia. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. E-mail: vfa.enf@gmail.com

Yêda Azevedo das Chagas

Assistente Social. Especialista em Gestão Pública pela FAIBRA e em Saúde Pública com ênfase em saúde da família pelo CESBAM. Unidade Hospitalar de Nhamundá. E-mail: yhed@hotmail.com.

e-livro

SUSTENTABILIDADE
editora **redeunida**

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 parcerias 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](#) 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 das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).



editora.redeunida.org.br



Série Saúde & Amazônia, 15

O título deste livro **"A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM"** não poderia ser diferente, pois dialoga com a mundo das artes que fazem parte da vida da cidade, dialogando com o cuidado em saúde e com o território caracterizado pela fluidez e pelo líquido. A arte da capa do livro partiu de um edital que buscou deixar livre a criação sobre o tema do livro. A ilha de Tupinambarana é cercada por águas que no inverno invadem terrenos e áreas em torno da cidade, criando novas paisagens e novos caminhos.

Também esse livro, quer servir de muitos caminhos tanto para a pesquisa, como para a gestão e para o trabalho momentos de reflexão sobre si e sobre o lugar. Nesse meio tempo fomos atravessados pela pandemia do Covid-19 que mudou radicalmente nossas visões de mundo e as formas de conviver, viver e pensar os nossos modos de viver. Escrevemos essas palavras no isolamento social que nos autocolocamos pelo bem coletivo. Nesse sentido, produzir um livro depois dessa crise sanitária mundial, nos conecta ainda mais com o nosso lugar e com as responsabilidades que temos com as pessoas e todas as outras "gentes". A solidariedade e as diversas formas de colaboração nos animam para uma aposta na humanidade e nos projetos de vida.



ISBN 978-65-87180-49-6



9 786587 180496 >