

Série Saúde & Amazônia, 16

# Mais Médicos na Amazônia:

Efeitos no **território  
líquido** e suas gentes

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt  
Rodrigo Tobias de Sousa Lima  
Alcindo Antônio Ferla



# Mais Médicos na Amazônia:

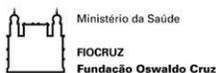
## Efeitos no **território líquido** e suas gentes

### ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt  
Rodrigo Tobias de Sousa Lima  
Alcindo Antônio Ferla

**1º Edição**

**Porto Alegre, outubro de 2021**  
**Rede UNIDA**



Os estudos que embasam esse livro tiveram financiamento da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A publicação deste livro teve apoio financeiro da Organização Panamericana da Saúde.

## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

## Editores Associados:

Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins

## Conselho Editorial:

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.  
**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.  
**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha.  
**Angelo Stefanini** - Università di Bologna, Itália.  
**Ardigo Martino** - Università di Bologna, Itália.  
**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha.  
**Celia Beatriz Iriart** - University of New Mexico, Estados Unidos da América.  
**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.  
**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.  
**Érica Rosalba Mallmann Duarte** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.  
**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.  
**Héider Aurélio Pinto** - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.  
**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.  
**Júlio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil.  
**Leonardo Federico** - Universidad Nacional de Lanús, Argentina.  
**Lisiane Bôer Possa** - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.  
**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil.  
**Luciano Bezerra Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil.  
**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.  
**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil.  
**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil.  
**Maria Augusta Nicoli** - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália.  
**Maria das Graças Alves Pereira** - Instituto Federal do Acre, Brasil.  
**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil.  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil.  
**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.  
**Rossana Staevie Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil.  
**Sara Donetto** - King's College London, Inglaterra.  
**Sueli Terezinha Goi Barrios** - Associação Rede Unida, 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.  
**Vincenza Pellegrini** - Università di Parma, Itália.



## Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista, Jaqueline Miotto Guarnieri, Renata Riffel Bitencourt, Tatiane da Rosa Vasconcelos e Alana Santos de Souza.**

Projeto Gráfico Capa e Miolo  
**Beast de Design**

Diagramação / Arte da Capa  
**Junio Pontes**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

5413m

**Schweickardt, Júlio César;** Lima, Rodrigo Tobias de Sousa; Ferla, Alcindo Antônio (org.)  
Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes / Organizadores: Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla.

**1.ed.** - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021.  
**ISBN:** 978-65-87180-91-5.

**248 p.:** (Série Saúde & Amazônia, v.16).  
**DOI:** 10.18310/9786587180915.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Consórcios de Saúde. 3. Território Líquido. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**21-3018083**

**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

Copyright © 2021 Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla.  
Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, n° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252  
www.redeunida.org.br

## Saúde e Amazônia, 16

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@gmail.com](mailto:lahpsa@gmail.com)

---

# Mais Médicos na Amazônia: Efeitos no **território líquido** e suas gentes

---

#### ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Organização Panamericana da Saúde (OPAS)  
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)  
Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia

#### REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Ana Elizabeth Sousa Reis.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERLA, Alcindo Antônio (org.). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Saúde & Amazônia, v. 16). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-91-5.

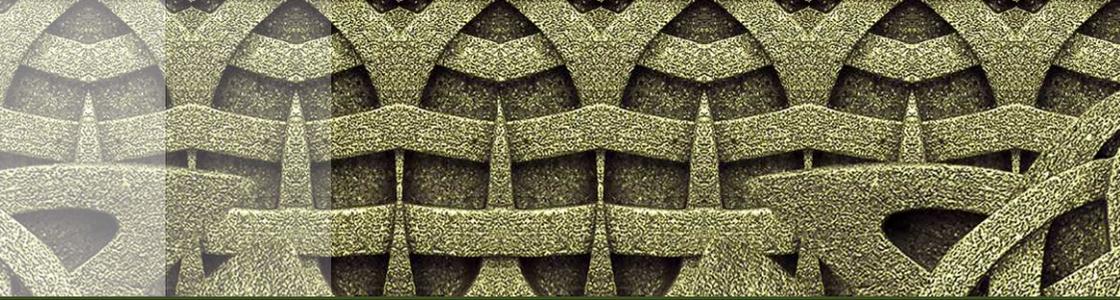
1° Edição  
Porto Alegre/RS 2021  
Rede UNIDA





# Sumário

<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>09</b>
<b>Programa Mais Médicos, direito à saúde e defesa do SUS:</b> movimentos do controle social .....	<b>10</b>
<i>Fernando Zasso Pigatto</i>	
<b>Saúde indígena, territórios terapêuticos singulares</b> .....	<b>16</b>
<i>Alexandre Padilha</i>	
<b>O programa Mais Médicos visto de muitos lugares:</b> as faces e as mudanças na atenção básica no Brasil .....	<b>24</b>
<i>Arthur Chioro</i>	
<b>Programa Mais Médicos na Amazônia:</b> contribuição efetiva ao direito universal à saúde, à ampliação do acesso e à qualidade da ESF .....	<b>32</b>
<i>Luiz Augusto Facchini</i>	
<b>SEÇÃO 1</b>	
<b>As saúdes das gentes no território líquido</b> .....	<b>39</b>
<b>O programa Mais Médicos no território amazônico:</b> acesso e qualidade na atenção básica, travessias de fronteiras e o direito à saúde das gentes .....	<b>40</b>
<i>Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla</i>	
<b>SEÇÃO 2</b>	
<b>Olhares desde os territórios</b> .....	<b>53</b>
<b>O programa Mais Médicos no cenário da saúde indígena</b> ..	<b>54</b>
<i>Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Joana Maria Borges De Freitas e Tais Rangel Cruz Andrade</i>	
<b>Atenção Básica em Saúde, o programa Mais Médicos e suas fronteiras:</b> o caso da tríplice fronteira norte do Brasil ...	<b>115</b>
<i>Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Camila Soares Teixeira, Milene Neves da Silva, James Dean Oliveira dos Santos e Tiótréfis Gomes Fernandes</i>	
<b>A pandemia, a saúde das populações indígenas e o programa Mais Médicos:</b> afirmação do bem viver entre movimentos do território líquido .....	<b>156</b>
<i>Tatiane da Rosa Vasconcelos, Júlio Cesar Schweickardt, João Paulo Barreto e Alcindo Antônio Ferla</i>	



<b>Programa Mais Médicos e enfrentamento à covid-19 na amazônia:</b> quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas .....	<b>174</b>
<i>Marcus Vinicius M S Ribeiro e Alcindo Antônio Ferla</i>	

### **SEÇÃO 3**

<b>Imagens reveladoras</b> .....	<b>193</b>
----------------------------------	------------

<b>Dossiê fotográfico: O andar da pesquisa em saúde em território líquido</b> .....	<b>194</b>
<i>Márcio Mariath Belloc, Júlio Cesar Schweickardt e Alcindo Antônio Ferla</i>	

<b>POSFÁCIO</b> .....	<b>221</b>
-----------------------	------------

<b>Programa Mais Médicos:</b> uma história de luta, mudança, inclusão e de legados para o SUS .....	<b>222</b>
<i>Hêider Aurélio Pinto</i>	

<b>O Programa Mais Médicos e a municipal da saúde:</b> olhando a iniciativa desde "o território" .....	<b>234</b>
<i>Marcia Cristina Marques Pinheiro e Charles Cezar Tocantins de Souza</i>	

<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>241</b>
-------------------------------	------------

<b>SOBRE OS AUTORES E AUTORAS</b> .....	<b>242</b>
---	------------



# Programa Mais Médicos, direito à saúde e defesa do SUS: movimentos do controle social

**Fernando Zasso Pigatto**

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**P**refaciar o livro *“Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes”*, organizado pelos professores Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla, estimula a pensar na especificidade da saúde no sistema de saúde brasileiro e o papel do controle social na garantia da efetiva descentralização, integralidade e participação. De acordo com o Artigo 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988), às ações e aos serviços de saúde é atribuído o caráter de relevância pública, o que delega ao Poder Público (entenda-se: ao Estado Democrático de Direito) dispor, *“nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”*. Esse registro advém do fato de que, na mesma referência legal, a saúde passa a ser considerada como um direito dos brasileiros e das brasileiras e como uma responsabilidade do Estado.

No Conselho Nacional de Saúde, temos nos ocupado, ao longo dos anos de implementação do SUS, do acompanhamento das iniciativas, da avaliação das políticas e da proposição de diretrizes, da formulação de estratégias e do controle da execução da política de saúde no âmbito nacional, conforme determina a Lei Federal nº 8.142/90 (Brasil, 1990a). Entre as competências do SUS e, portanto, do CNS no âmbito federal, está a garantia de acesso às ações e serviços de saúde com produção de equidade e o ordenamento da formação de trabalhadores na saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990b). Por diversos momentos, nos debruçamos sobre o problema do provimento de trabalhadores de saúde, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade e dificuldade de fixação de profissionais, definindo diretrizes e convocando a ação da gestão do SUS e das instituições formadoras para expansão de vagas, qualificação da formação e respostas à necessária relevância social e sanitária da formação, sempre associada ao tripé ensino/pes-

quisa/extensão que deve caracterizar a educação superior, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996). O Conselho Nacional de Saúde é subsidiado pela Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e pela Câmara Técnica da CIRHRT para as questões relativas à formação de trabalhadores e políticas para o trabalho em saúde, onde os problemas da oferta, do provimento e da fixação têm sido debatidos frequentemente e de forma muito consistente, repercutindo em manifestações e iniciativas reconhecidamente relevantes ao longo dos anos. Assim foi, no início da década de 2010, com as diretrizes que geraram o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM). O CNS reconhece as condições específicas de realização do trabalho profissional e a necessidade de proteção psicossocial dos trabalhadores da saúde, mas diante das tensões com o direito à saúde das populações, reivindica das corporações profissionais e dos gestores da saúde os necessários esforços no sentido de priorizar a população, em particular quando a iniquidade é estruturante dos territórios.

O Programa Mais Médicos foi instituído para produzir avanços na cobertura assistencial da atenção básica em todo o território brasileiro, por meio do provimento emergencial de médicos, da expansão de vagas nos cursos de medicina e nos programas de residência em saúde (médica e em área profissional da saúde) e de investimentos na qualificação da rede de atenção à saúde. Até então, a sociedade brasileira convivia com déficits na oferta desses profissionais e equipes em muitos territórios do país, principalmente em regiões de maior dificuldade de acesso.

Implementado o Programa, a naturalização com que governos e parte da sociedade brasileira conviviam com a escassez de profissionais em áreas de maior dificuldade de provimento, ficou mais evidente. Os médicos brasileiros, com registro profissional validado no país, que se inscreveram e que seguiram todas as etapas de vinculação ao Programa, escolheram regiões de maior grau de desenvolvimento econômico e social para seu exercício profissional e restou um volume significativamente grande de áreas de maior vulnerabilidade sem procura. É compreensível a escolha dos indivíduos por regiões de maior qualidade de vida, mas é contraditório ao registro legal que as políticas de gestão do trabalho naturalizem a dupla iniquidade de não haver provimento de médicos e demais profissionais em áreas de maior vulnerabilidade. Nessas áreas, as condições de produção da saúde são mais desfavoráveis e a necessidade de saúde é maior, sendo que a escassez de profissionais agrava o ciclo de adoecimento. O efeito é um círculo vicioso que contraria as diretrizes constitucionais.

O Conselho Nacional de Saúde acompanha o Programa Mais Médicos desde sua origem, com calorosos debates ao longo dos anos de 2010 a 2012, principalmente



no eixo do provimento de profissionais nas áreas de maior vulnerabilidade. Ao longo da implementação do Programa, diante de descontinuidades relevantes a partir dos anos de 2016, emitiu a Recomendação nº 017, de 12 de abril de 2019 (CNS, 2019a), que alertava os efeitos perversos das descontinuidades na desassistência aos municípios com maior dificuldade de fixação de profissionais e solicitava observância aos critérios de alocação de vagas em municípios com perfil sociodemográfico de maior vulnerabilidade. A 16ª Conferência Nacional de Saúde constituiu as bases de diretrizes e propostas que reiteraram a importância da continuidade e fortalecimento do Programa, observando os efeitos em termos de equidade, conforme registrou a Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019 (CNS, 2019b). Mais recentemente, tendo em vista o agravamento das condições de iniquidade estruturais na distribuição de profissionais e do acesso da população aos serviços, o Conselho Nacional de Saúde novamente se pronunciou sobre o Programa, solicitando às autoridades do executivo e do legislativo federal providências para ampliar o período de vínculo dos profissionais ao Programa para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, em que a atenção básica é fundamental e a contribuição do provimento de médicos muito relevante. Essa manifestação foi formalizada por meio da Recomendação nº 018, de 05 de agosto de 2021 (CNS, 2021).

Entretanto, como vivemos tempos em que a saúde da população, as liberdades democráticas e a institucionalidade constitucional são afrontadas cotidianamente pelo Governo Federal, por diversas autoridades distribuídas pelos diferentes Poderes e por parte da sociedade, a participação e o controle social tornam-se pontos de tensão e de disputas. Recentemente, o Ministro da Saúde tornou sem efeito a homologação feita na Resolução que aprovava as diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, num fato inédito na história do Conselho Nacional de Saúde, além de outras iniciativas para confrontar as prerrogativas legais dos órgãos de controle e participação social nas políticas públicas. O Governo Federal também reduz o efeito e a abrangência de políticas de inclusão e de equidade. Sucessivas reformas conservadoras trazem efeitos catastróficos para a vida das pessoas, particularmente os grupos em maior vulnerabilidade, que constituem a maior parte da população brasileira. Uma agenda de costumes interfere de forma genocida na vida de grupos importantes e quebra o princípio da laicidade do Estado Democrático de Direito previsto na Constituição Federal. Tempos sombrios onde a participação e o controle social são ainda mais importantes como resistência e como afirmação da democracia, da equidade e dos direitos das pessoas.

É nesse contexto que eu comemoro muito o lançamento deste livro. Seus autores e organizadores são docentes e pesquisadores e pesquisadoras de instituições públicas de grande relevância para a ciência, a tecnologia e a formação de trabalhadores no Brasil. São atores que dão corpo à função social da universidade e à democratização do acesso às políticas públicas e ao ensino. São pessoas

que fazem redes de grande intensidade do interior do Amazonas ao Brasil todo e a outros países, com um diálogo profícuo e intenso com a sociedade, com as entidades do movimento social e com o Conselho Nacional de Saúde. A temática das pesquisas que estão sendo compartilhadas no livro também é de grande relevância para orientar políticas, a ação do controle social e para dar visibilidade a contextos do nosso país, continental e diverso, que pedem passagem nas políticas públicas e nos imaginários sobre a saúde, sempre tão marcados pela tecnologia biomédica e pelas lógicas urbanas e metropolitanas. Assim, os estudos cumprem a dupla função de registrar a memória e a existência de povos tradicionais e pessoas com direito à saúde no interior do Brasil e de demonstrar a relevância de iniciativas de inclusão, não apenas na produção de saúde das pessoas atendidas, mas lições para o SUS como um todo, que permitem pensar em avanços para a integralidade da saúde de populações em outras localidades. Os estudos também contribuem com a problematização de abordagens colonialistas de pesquisa nos territórios tradicionais e a singularidade do território Amazônico. Sem contar a beleza e a intensidade das imagens, que traduzem diversidade, respeito à natureza e a denúncia da destruição do ambiente e inviabilização da vida que as políticas de “fazer passar a boiada” dos interesses imperiais e capitalistas, tão documentada nos programas jornalísticos sobre a dinâmica ministerial do governo federal e das bancadas retrógradas no legislativo.

Tendo visibilidade como afirmação da vida e da saúde, os contextos analisados e tornados acessíveis pelas pesquisas que compõem o livro, também se torna possível uma ação política de denúncia do retrocesso nas políticas e do desrespeito às vidas de homens e mulheres que, apesar do estatuto de cidadania que a Constituição Brasileira de 1988 lhes assegurou, vivem à margem dos direitos que os governos, na condução do aparelho de Estado e na execução das políticas públicas, deveriam lhes assegurar.

Mas aqui não quero me alongar na denúncia da política genocida que vem tendo particular expressão no contexto brasileiro atual. Quero centrar meu pensamento na comemoração do livro e do trabalho docente e de investigação sério e comprometido que está envolvido na sua produção. Nas alianças institucionais de universidades e organizações governamentais e não governamentais, particularmente com o apoio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que viabilizou não apenas as pesquisas e apoiou a publicação do livro, mas que foi fundamental na implementação do Programa Mais Médicos. Foi com apoio da OPAS que o governo brasileiro, em 2013, implementou a camada mais radical do provimento emergencial, que foi o deslocamento de um contingente expressivo de médicos cubanos, em cooperação com o Governo de Cuba, para ocuparem vagas ociosas na escolha inicial dos médicos brasileiros. O Brasil profundo falou



espanhol e sentiu a relevância do cuidado, muitas vezes de forma inédita, com o componente de cooperação com Cuba, interrompido pela vigência do discurso da desassistência e do conflito internacional. Homenageio o governo, o povo e os médicos cooperados cubanos, que fazem falta nos territórios analisados pelos estudos que compõem o livro. Homenageio também o então Representante da Opas no Brasil, o dentista Joaquín Molina que, corajosamente, apoiou de forma decisiva essa iniciativa.

Dizia há pouco que não quero deixar o tom da denúncia e da crítica ao genocídio vigente tomar as palavras deste prefácio. Sou freireano e neste ano que se comemora os 100 anos desse brasileiro ilustre, quero afirmar a esperança como ontológica do humano. Também sou gaúcho e, nas palavras do poeta Quintana, registro a esperança de que esses que estão atravancando o caminho da democracia, passarão em breve. A democracia, o SUS e a vida das brasileiras e dos brasileiros, passarinho!

Enalteço a contribuição que os estudos que compõem esse livro registram para a produção de novos tempos e convido a todas as pessoas para que leiam cada um dos capítulos com a vontade militante e libertária. O SUS e a democracia precisam da leitura inspirada e da participação de cada uma e cada um de vocês. Forte abraSUS.

## REFERÊNCIAS

Brasil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Brasil (1990). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

Brasil (1990). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil (1996). **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes

e bases da educação nacional. Brasília, Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)

CNS. Conselho Nacional de Saúde (2019). **Recomendação n° 017, de 12 de abril de 2019**. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco017.pdf>

CNS. Conselho Nacional de Saúde (2019). **Resolução n° 617, de 23 de agosto de 2019**. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso617.pdf>

CNS. Conselho Nacional de Saúde (2021). **Recomendação n° 018, de 05 de agosto de 2021**. Recomenda a prorrogação, em caráter de urgência, dos prazos de atuação dos médicos no Programa Mais Médicos, especialmente no contexto de pandemia da Covid-19. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1945-recomendacao-n-018-de-05-de-agosto-de-2021>

# Saúde indígena, territórios terapêuticos singulares

Alexandre Padilha

Ministro da Saúde do Brasil 2011 a 2014



**F**ranz Kafka, em um dos seus textos mais clássicos, disse: “Penso que devemos ler apenas livros que nos ferem, que nos afligem. Se o livro que estamos lendo não nos desperta como um soco no crânio, por que perder tempo lendo-o? Para que ele nos torne felizes, como você diz? Oh Deus, nós seríamos felizes do mesmo modo se esses livros não existissem. Livros que nos fazem felizes poderíamos escrever nós mesmos num piscar de olhos... Um livro deve ser um machado para o mar congelado que há dentro de nós”. (Kafka, 1997)

Foi assim que fui picado pelo convite para escrever comentários e impressões iniciais sobre esta produção. A menção de ser a partir de dois estudos empíricos sobre o Programa Mais Médicos nas áreas indígenas e na faixa de fronteiras da Amazônia e o enfrentamento à pandemia de Covid-19 nas populações tradicionais me estimulavam de partida. Imagens e outras expressividades, despertava curiosidade.

Os dois estudos empíricos inéditos foram realizados na região do Alto Rio Solimões, nos anos de 2017 e 2018, com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Foram realizados por pesquisadores do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), em trabalho de campo realizado no município de Tabatinga, região da Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru, e no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (DSEI Alto Rio Solimões), com apoio significativo das entidades e movimentos dos povos indígenas.

Esse “*machado em mar congelado*” me atingiu em meio ao acampamento indígena em Brasília e sua marcha à frente da Suprema Corte brasileira. Corpos e línguas diversas, identidades em centenas de grifos e cores tatuados em meio a paisagens urbanas da capital do país. Um grito ecoando para centenas de países. Outras línguas. Outros povos originários. Um desfile não militar, este sim um verdadeiro marco

temporal da resistência dos povos da floresta a um ataque frontal ao texto constitucional, movido pelo bolsonarismo que colonizou maioria no Parlamento. Relembro Florestan Fernandes (2015): *“o fascismo não perdeu, como realidade histórica, nem seu significado político nem sua influência ativa. Tendo-se em vista a evolução das ‘democracias ocidentais’, pode-se dizer que Hitler e Mussolini, com seus regimes satélites, foram derrotados no campo de batalha. O fascismo, porém, como ideologia e utopia, persistiu até hoje tanto de modo difuso, quanto como uma poderosa força política organizada”*. Em palestra proferida nos Seminários sobre o Fascismo na América Latina em Harvard, Boston, Massachussets (mal pronunciada por um certo ex-juiz de Curitiba), EUA, 1971. Ano que nasci. No meio da Ditadura Militar brasileira e seu massacre aos povos indígenas, em nome da integração nacional. O fascismo, como ideologia e utopia, o massacre e eu sobrevivemos até hoje.

Havia passado o dia inteiro na rua, em meio a negociações junto às polícias militares da capital do país, que insistiam em querer limitar a uma comissão de representantes indígenas e parlamentares a delegação que poderia chegar próximo a chamada Praça do Três Poderes. O argumento da autoridade policial era: *“Um de cada estado representa todos. Vocês precisam se organizar e ter uma comissão de representantes, não precisa que todos possam passar e chegar lá perto”*.

Diante do Congresso Nacional, cuja hipótese de decisão majoritária de rasgar a Constituição e suas diretrizes de proteção que transformaram as Terras Indígenas em patrimônio da União, logo de todos nós, respondi à autoridade policial, em defesa da vontade dos milhares de corpos indígenas que se moviam, redesenhando o território da Esplanada dos Ministérios: *“Senhor, sou deputado federal, falo a mesma língua que o senhor, estou usando este terno e gravata que padronizam minha imagem e vestes, e provavelmente o senhor não se sente representado pelas minhas posições em meio aos 513 deputados que falam a mesma língua e são obrigados a vestir-se quase iguais. Como o senhor quer obrigar que dezenas de línguas, diversidades geográficas, históricas e étnicas impressas em milhares de corpos em movimentos estejam representados em uma comissão com meia dúzia de homens?”*.

Naquele momento, o território da Esplanada dos Ministérios e da Praça dos Três Poderes já estava redesenhado. Paralisava um trator político que, semanas antes, acreditava que poderia rasgar um dos desenhos geográficos do território nacional pós-1988 e um dos direitos fundamentais dos povos indígenas brasileiros: o reconhecimento e proteção das terras indígenas. Em meio a este setting chega-me o convite para escrever este prefácio.

Este é o contexto que fui afetado por este convite para escrever este prefácio, nesta circunstância que você o lerá e será impactado pelos resultados dos estudos

e suas expressões em textos e imagens. Não se pode falar sobre Direito Universal a Saúde no Brasil sem se deparar dos desafios das especificidades e diversidades da Saúde Indígena. Não se pode falar de Saúde Indígena sem falar de Terra Indígena. Não se pode falar de indígenas sem ouvir os indígenas.

Uma vez acompanhando uma liderança tradicional indígena que vinha fazer um procedimento médico de alta complexidade na minha cidade de São Paulo, interrompemos o deslocamento do aeroporto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP na marginal ao rio Tietê. A cena e o cheiro do principal rio fundante da cidade indignavam aquela liderança. Ele pediu para pararmos. Subi com ele até uma daquelas pontes que permitiam uma visão longitudinal do rio. Ao voltarmos ao carro ele permaneceu em silêncio. Até chegarmos ao Hospital. Até passarmos por todos os guichês de identificação. Até subirmos ao seu leito. Até tirarmos as suas roupas. Até toda a equipe sair do quarto onde ficaria sozinho. Até eu lhe passar meia dúzia de orientações. Até eu lhe dar um aperto de mão para me despedir por algumas horas. Até ele apertar a minha mão bem forte e dizer *"Alexandriiiii, não devo morrer, não vou morrer. Preciso voltar a minha terra. Contar ao meu povo o que vocês fizeram com o rio de São Paulo. Contar como o céu aqui está baixo, empurrando a cabeça de vocês. Não dando lugar para vocês pensarem. O que fizeram com o rio de vocês!!!! Vou voltar prá lá, vou juntar todo mundo, vamos rezar, fazer nossa festa, cantar para ver se vocês ouvem. Pedir para o céu subir de novo. Para liberar a cabeça de vocês. Para vocês ouvirem. Para não mais matar o rio de vocês. Vocês estão morrendo a cada rio morto. Não vou morrer. Meu povo precisa saber. Preciso ajudar vocês"*.

Quando li os objetivos apontados pelos estudos que sustentam o conjunto dos capítulos deste livro, fui imediatamente remetido à minhas lembranças impressas na memória, em publicações e no meu corpo vivido, ao final dos anos 90, quando na condição de supervisor do Núcleo de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da USP, onde participei da sua criação na região do oeste do Pará, baseado na cidade de Santarém. Trabalhávamos ali com três povos indígenas diversos e demais povos da floresta: o povo Zoé, Wai-Wai e Mundurucus. Três povos, etnias, histórias e territórios absolutamente diversos.

O povo Zoé formado por índios isolados que estavam sob ameaça de extinção, na primeira vez que entrei na Frente Étnico-Ambiental Cuminapanema, por conta de um surto de doenças respiratórias e malária levados por madeireiros e missionários religiosos, em meio a fragilidade de uma Funai esvaziada, no final dos anos 90. O povo Wai Wai, transfronteiriço entre Brasil, Guiana e Suriname, há décadas reorganizado por uma missão religiosa que desmontou saberes, processos terapêuticos, estrutura antropológica e social, em convívio perma-

nente com o ambiente urbano e suas estruturas e instituições formadas. O povo Munduruku, com uma incrível diversidade de ocupação no interior da sua terra indígena, uma vasta região no alto Rio Tapajós, na qual insere-se uma cidade inteira de Jacareacanga, interagindo-se padrões de ocupação territorial que vão de uma cidade inteira com maioria indígena a sítios extremamente remotos. Três povos, a mesma região de um estado da Amazônia, tanta diversidade. Imagine quando falamos de todo o Brasil.

Até hoje, às vezes, encontro-me remoendo em reflexões daquela experiência quando sou desafiado a refletir sobre contextos e políticas com os povos indígenas brasileiros. O que havia de singular e o que há de generalizável em experiências de contato tão diversas? Ao final deste livro teremos mais elementos para iniciar respondendo a esta pergunta, o que há de singular e o que há de generalizável em tamanhas diversidades?

Os estudos que ancoram este livro apontam como objetivos contribuir para ampliar a capacidade de gestão do poder público e a reflexão para os movimentos sociais e pesquisadores em relação ao trabalho e à educação na saúde, em especial sobre o provimento de profissionais e a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo período analisado inicialmente pelos estudos e pelas observações atualizadas, a partir do contexto da pandemia da Covid-19, o conteúdo trazido nesta publicação visa analisar os efeitos produzidos e identificar as descontinuidades mais recentes do Programa Mais Médicos na Amazônia, bem como o impacto da Covid-19. O que é singular e generalizável no Alto Rio Solimões estudado? Este convite de reflexão é para todos.

Conversando sobre singularidades esta é uma das dimensões que mais me desafia quando interagimos com a Saúde Indígena. Elas demarcam e são demarcadas pelas dimensões da história, cultura, espiritualidade, agressões socioeconômicas de cada um dos povos e suas transformações no território vivido, onde a política pública de saúde e o cuidado são desenvolvidos. Na prática do cuidado, este riquíssimo processo social desenvolvido a partir do encontro entre os trabalhadores de saúde e usuários, as singularidades são de uma complexidade ainda mais intensa.

Os anos que vivi como médico junto às terras indígenas da Amazônia coincidiu com o período que colegas e companheiros de defesa do SUS e de um projeto em defesa da vida, espalhados pelo país, teciam e experimentavam o que posteriormente ficou consolidado como os Projetos Terapêuticos Singulares.

No dia a dia da prática de cuidado que desenvolvia nas terras indígenas, junto a outros povos da floresta ou até mesmo no ambiente urbano do pedacinho da



Amazônia que experimentei, nas ilhargas do Tapajós, do Xingu e seus afluentes, eu era invadido por uma singularidade anterior à construção do Projeto Terapêutico, naquele encontro do cuidado. Aos poucos fui abrindo ouvidos e os olhos para um conjunto de trajetos percorridos antes mesmo da consulta, por quem me procurava por cuidado, cheios de arsenal terapêutico, riscos e vulnerabilidades haviam sido experienciados antes da chegada até mim. E com o decorrer da oportunidade do vínculo do seguimento longitudinal, fui descobrindo um conjunto de outras opções desenvolvidas por aquele indivíduo, pelo seu núcleo familiar diverso e demais coletivos que interagem com o Projeto Terapêutico, que havíamos construído. Todos influenciados pelas dimensões que mencionei acima: história, cultura, espiritual, agressões e os potenciais socioeconômicas.

Dizia aos meus colegas espalhados pelo Brasil que ali meu desafio era mais do que Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), mas também desenvolvermos Territórios Terapêuticos Singulares. Eram neles, e transformando-os, que os PTS se viabilizavam ou não. O conjunto dos atores do Programa Mais Médicos, sejam os médicos atraídos pelo provimento com suas bagagens culturais, profissionais e nacionalidades diversas; as equipes multiprofissionais de saúde que compunham; os supervisores do programa; as instituições formadoras que se envolveram com cada situação singular; os gestores dos três níveis de governos; os movimentos sociais que o acolheram ou o combateram em contextos diversos; todos provocaram processos contínuos de territorialização e desterritorialização no seu locus de ato concreto. Todos nós envolvidos no desenho, planejamento, defesa e implementação do Programa sabíamos disso. É cada vez mais importante buscarmos ferramentas para compreender estes processos de desterritorialização e reterritorialização.

Mais ainda, para aqueles que tinham tido a experiência de andar nas realidades urbanas ou rurais para onde o Mais Médicos se dirigia, uma das curiosidades que nutríamos era o que seria produzido quanto a esses Territórios Terapêuticos Singulares pelo encontro de médicos, com histórias e nacionalidades diversas, com o conjunto de atores acima citados. Os estudos desenvolvidos no Alto Rio Solimões e este livro que o sintetiza ajuda a percorremos estas curiosidades.

No contexto da pandemia de Covid-19, onde a ciência é tão pautada por ser valorizada ou agredida no decorrer da formulação e na implementação das políticas públicas de respostas, sempre é bom recuperar o conjunto de evidências científicas que reafirmam os impactos do Mais Médicos em diversos contextos epidemiológicos e territoriais do Brasil, em especial na Amazônia Brasileira e na Saúde Indígena. São inúmeros estudos que revelaram os impactos positivos de redução das taxas de mortalidade, de internação por doenças sensíveis na atenção

primária à saúde, de satisfação do usuário. Mas a complexidade do contexto de implementação desta política pública exige também o tensionamento das abordagens metodologias científicas, alargando suas ferramentas e possibilidades, buscando novos recortes e dimensões. O envolvimento de entidades e movimentos sociais na abordagem metodológica apontados nestes estudos e nesta publicação devem ser bem recebidas enquanto tentativas a serem exploradas.

Uma das frases que mais repetíamos nos embates acirrados do processo de implementação do Mais Médicos era uma inscrita nos cartazes dos encontros da Direção Nacional dos Estudantes de Medicina no final dos anos 80, início dos 90, que dizia: *“Chega de aprender nos pobres para depois só cuidar dos ricos”*. Ela expressava uma contradição no interior das instituições médicas formadoras brasileiras, que dependiam da existência de um SUS, que engatinhava nos seus primeiros passos, para formar seus futuros médicos e reproduzir suas próprias existências enquanto instituição, mas que no cotidiano do seu currículo formal ou informal, preparavam profissionais para concentrar-se nos grandes centros urbanos, ao lado das grandes rendas familiares, no interior dos grandes hospitais ou clínicas privadas. Ou, informalmente e ocultamente, difundiam para quando tais profissionais exercessem sua atuação em dois cenários de práticas, um público do SUS e um privado liberal, um saber fazê-lo como se fossem dois profissionais-pessoas diferentes. O Dr. Jekyll e o Sr. Hyde de Stevenson.

O Mais Médicos para o Brasil, observado para além do eixo de provimento médico, pretendeu provocar mudanças no processo da formação profissional médica no Brasil em suas realidades diversas, inclusive na qualificação profissional continuada. Que mudanças provocou neste sentido? Que abordagens metodológicas para as identificar devemos exercitar? Quais os contextos da realidade Amazônica e da Saúde Indígena? Mais um desafio com o qual esta publicação e os dois estudos empíricos nos quais se ancora dialoga.

Os capítulos que seguem nos trazem também evidências inéditas, ressaltando-se o contexto de uma realidade específica da Amazônia Sul Americana, de avanços e insuficiências do Mais Médicos, bem como o impacto de obstáculos e interrupções ao logo da sua implementação.

O estudo dos processos de implementação de políticas públicas tem se expandido cada vez mais na produção em saúde no Brasil e particularmente me capturado nos últimos anos, naquilo que me concentro enquanto reflexão acadêmica. Duas categorias considero fundamentais para refletir sobre eles e tenho buscado experimentá-las nas reflexões que faço sobre a implementação de políticas. O poder e o sujeito.

Como estou desfilando com o leitor deste texto reminiscências e memórias, dialogando com os causos contados acima dos tempos de Direção Nacional de Estudantes de Medicina, rememoro meu primeiro encontro com Mario Testa (1992) e sua conceituação da categoria Poder em saúde, que tive a oportunidade de tê-la com figuras que diretamente ou indiretamente me aproximam deste livro: Professor Alcindo Ferla, um dos organizadores deste livro; Prof. Rogério Carvalho, hoje senador da República e relator da Lei do Mais Médicos em 2013, e Prof. Mozart Sales, ex-Secretário de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde quando o Mais Médicos foi criado.

Testa valorizava a categoria poder para a reflexão em saúde, enxergava a saúde como uma produção social, onde o poder tem uma centralidade decisiva. Chegou a categorizá-lo em poder administrativo, técnico e político, chamando atenção para a necessidade da compreensão de seu deslocamento na política de saúde. Além de Testa, posteriormente Foucault, apontando as práticas e relações de poder, e Latour, revelando autoridades e redes de poder, ajudaram-me a buscar enxergar outras dimensões desta categoria poder.

Sobre o sujeito, sempre fui influenciado por aquilo experienciado na prática e refletido na teoria por aquilo que meus mestres Gastão Wagner e Emerson Merhy sempre nos provocaram, que a gestão e o planejamento assumissem não somente a produção de metas, entregas, coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados, sujeitos.

Daí assumi querer estudar que implementação de uma política é necessariamente deslocamento de poder e constituição de sujeitos. E quando reflito permanentemente sobre o Mais Médicos e as políticas na Saúde Indígena e na Amazônia, busco pensar quais poderes foram deslocados, quais sujeitos fortalecidos ou construídos durante a sua implementação. Mais uma vez, o presente livro nos traz pistas interessantes sobre esses deslocamentos e construções no contexto do Alto Rio Solimões.

Para além dos aprendizados e das afetações que o leitor terá ao longo das descobertas propiciadas pelos organizadores, autores e pesquisadores deste livro, torço para que os aprendizados do Mais Médicos e os propiciados por este livro, afete a todes, todas e todos nós, para recarregar nossa energia e esperança para lutar pelos direitos dos povos indígenas. Saber que eles estão nos seus territórios orando, dançando, resistindo, lutando para que céu não nos aperte tanto e deixem nossas cabeças respirarem. Foi pelos direitos destes povos e dos que não tem direito que o Mais Médicos foi pensado. É para eles e com eles que o aprendizado desta experiência deve servir.

## REFERÊNCIAS:

Kafka, Franz (1997). **A metamorfose**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.

Fernandes, Florestan (2015). **Poder e contrapoder na América Latina**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular.

Testa, Mário (1992). **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas.

# O programa Mais Médicos visto de muitos lugares: As faces e as mudanças na Atenção Básica no Brasil

**Arthur Chioro**

**Ministro de Estado da Saúde no período de 2014 a 2015**



Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído pela Lei federal 12.871/2013 no bojo das manifestações de 2013, ainda que sua formulação já estivesse em curso há meses sob a liderança do Ministério da Saúde. A insatisfação da população com a saúde manifestava-se nas ruas e por meio de diversas pesquisas de opinião pública, enunciadas genericamente como *"falta de médicos"*. Consubstanciava, também, nas reivindicações dos mais diferentes movimentos sociais, que denunciavam o padrão de iniquidade no acesso à saúde, ainda reinante no país, a despeito dos avanços inquestionáveis produzidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Havia, sobretudo, um consenso entre os gestores públicos, tanto os que atuavam na esfera federal como entre prefeitos e secretários municipais de saúde, que foi se formando a partir da premência de produzir rápidas respostas às demandas sociais, de que a falta de médicos se transformara, em conjunto com o crônico subfinanciamento do SUS, em um dos mais graves desafios para o direito universal à saúde da população brasileira.

Isso era perceptível, em particular, pela incapacidade de garantir o provimento de médicos para compor as equipes de Saúde Família e, assim, o acesso integral à atenção básica. Compreendida como a instância ordenadora e coordenadora do cuidado, desde a criação do SUS, a atenção básica continuava a ser uma promessa não cumprida, seletivamente ofertada para milhões de brasileiros, deixando desassistidos em particular aqueles que mais dependiam do Estado, que viviam em condições de maior vulnerabilidade social e sanitária, escancarando um contexto de marcada exclusão social.

Vivi esse movimento de gestação e implementação do PMM de muito perto. Primeiro, como secretário de saúde de São Bernardo do Campo, uma rica e próspera cidade industrial, com cerca de 900 mil habitantes, na região metropolitana

de São Paulo. Ali, a despeito das condições que estavam dadas, que incluía a prioridade política que a municipalidade destinou à organização e aprimoramento do SUS local, com fortes investimentos em infraestrutura, contratação de pessoal, salários acima dos valores de mercado, existência de faculdade de medicina e residência médica, política de educação permanente, etc, que possibilitaram reorganizar radicalmente a atenção básica, ainda assim sofríamos cotidianamente para manter o provimento de médicos e enfrentar a alta rotatividade dos mesmos em nossas unidades básicas de saúde, em particular as localizadas na periferia, onde viviam os usuários que mais precisavam do SUS.

Na época, como presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP), percebi que minhas dificuldades eram compartilhadas, de forma ainda mais grave, pelos gestores da maioria dos municípios brasileiros, inclusive as capitais e aqueles situados nas regiões mais ricas do país. Não se tratava de uma exceção, um problema dos povos indígenas, ou de comunidades isoladas, observada apenas nas localidades longínquas do país, como teimavam em afirmar alguns especialistas no tema educação médica e representantes da corporação médica, para os quais bastaria a organização de uma carreira médica em âmbito nacional para equacionar o problema.

Na verdade, a expansão do número de médicos no Brasil não tinha sido compatível com o crescimento demográfico da população brasileira e nem acompanhou o ritmo de expansão do SUS - UBS, UPA, SAMU, centros de especialidades, hospitais públicos, CAPS, etc -, induzido por meio de políticas nacionais de saúde estabelecidas ao longo dos governos dos presidentes Lula e Dilma. Segundo dados do Ministério do Trabalho (Rais/Caged), em 10 anos, o número de empregos para médicos tinha ultrapassado em 53 mil o de profissionais formados. Não tínhamos, até então, uma política de regulação e provimento de médicos que pudesse atender as necessidades do país.

Para além das já conhecidas assimetrias na distribuição regional de médicos, com maiores impactos para as regiões Norte e Nordeste, a carência desses profissionais se manifestava em praticamente todos os municípios, independente de seu porte, consolidando um grave padrão de iniquidade. A oferta de médicos no país era, em 2013, de apenas 1,8 médicos por 1.000 habitantes, distante do padrão de outros países, com ou sem sistemas universais de saúde, entre 2,7 a 4,0 médicos/mil habitantes. Cinco estados brasileiros apresentavam situação ainda mais crítica, com menos de 1 médico por 1.000 habitantes (Acre, Amapá, Maranhão, Pará e Piauí).

Vivi como secretário de saúde, em agosto de 2013, o início do processo de implementação do PMM e seu imenso impacto na organização do SUS. A partir de



fevereiro de 2014, já como Ministro da Saúde, passei a atuar no comando central desta política, cuja tessitura foi produzida a muitas mãos, em distintas esferas de governo, universidades e com forte participação social. Tratamos, assim, de dar continuidade ao processo de implantação do PMM, que havia sido iniciado há pouco mais de 6 meses, sob a égide do Ministro Alexandre Padilha e sua equipe.

O PMM foi estruturado em três eixos, a saber: 1) a melhoria e ampliação da infraestrutura das UBS; 2) o provimento emergencial de médicos para a atenção básica; e, 3) a formação orientada a partir das necessidades do SUS.

A partir do primeiro eixo, foi possível produzir significativos avanços nas condições de oferta de serviços básicos de saúde. Mais de 23 mil obras foram realizadas, em UBS localizadas em mais de 5 mil municípios. Foram construídas cerca de 8 mil novas UBS e outras 15 mil já existentes foram reformadas e ampliadas; além disso, foram realizados investimentos para conectividade em 14 mil UBS que receberam profissionais do PMM. Hoje, em todo o país, é possível constatar o impacto dessas iniciativas induzidas pelo PMM, ainda que insuficientes para dotar o SUS das condições ideais de funcionamento, em particular pela descontinuidade da política após o golpe de 2016, já que os investimentos voltaram a ser baseados nas discricionárias emendas parlamentares, moeda de governabilidade e clientelismo que tem enorme potencial desorganizativo para o SUS.

Por meio de editais de chamadas nacional e internacional para médicos brasileiros e estrangeiros e do estabelecimento de cooperação internacional com o governo cubano e a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), foi possível ampliar o provimento de médicos para a atenção básica em todo o país. Ao todo, 18.247 médicos foram alocados em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas, garantindo que 72,8% dos municípios brasileiros fossem atendidos pelo programa. Em todo o país, 63 milhões de brasileiros foram beneficiados, muitos passando a ter acesso a médicos na atenção básica pela primeira vez. Mais de 75% dos profissionais foram enviados para municípios de alta vulnerabilidade social, como aqueles cujos perfis prioritários indicavam situações tais como: contarem com 20% ou mais da população em situação de extrema pobreza, periferia das capitais e regiões metropolitanas, municípios do G-100, de IDHM baixo ou muito baixo, Médio Alto Uruguai, municípios com população quilombola, assentamentos rurais, do semiárido, Vale do Jequitinhonha, Mucuri, Vale do Ribeira e Distritos de Saúde Indígena.

O PMM rapidamente experimentou forte adesão dos municípios e avaliação extremamente positiva por parte dos usuários, equipes e dos próprios médicos brasileiros que dele participaram. Todos os médicos participantes do PMM cursaram especialização em Atenção Básica e contavam com o acompanhamento de tutores e supervisores vinculados às instituições de ensino superior.

Ainda que o provimento emergencial de médicos tenha sido sua face mais conhecida, tendo em vista a dimensão midiática e o intenso debate político que encetou, a partir inclusive da oposição de entidades médicas e outros setores conversadores, as mudanças na formação médica e regulação de especialistas foi o eixo mais estruturante do PMM e raiz das mais importantes polêmicas que envolveram o programa.

Trabalhos recentes apontam o PMM como a mais importante mudança da atuação do Estado no tema da ordenação da formação de RH desde a criação do SUS. Este eixo resultou da ação conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação para modificar fortemente a formação de novos médicos, atuando tanto na expansão de vagas e criação de novas faculdades, públicas e privadas, como para a ampliação de vagas de residência médica, de acordo com as necessidades do SUS e das carências de provimento nas diferentes regiões do país. Isso foi feito a partir da criação de instrumentos de política pública para o planejamento, reorientando a educação médica para que pudesse atender a interesses da sociedade brasileira como um todo, articulando-se ademais ao SUS. O PMM efetuou uma série de mudanças radicais na formação médica, ao conduzir um deslocamento da lógica vigente (de market-oriented para policy-oriented). Dessa forma, considerou-se, por exemplo, prioritário assegurar a formação de médicos em regiões até então subconsideradas, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste, no interior dos estados e não nas capitais e, finalmente, em especialidades, como a Medicina de Família e Comunidade, até então deixadas em segundo plano.

Ao impor mudanças estruturais e reconfigurar a correlação de forças na regulação da formação e titulação, atribuindo ao Estado um papel regulatório efetivo, esse eixo foi não apenas o objeto de maior resistência e confronto, mas também o primeiro a ser abandonado após o golpe jurídico-parlamentar de 2016, que resultou na deposição de Dilma Rousseff por forças políticas conservadoras, entre as quais as entidades médicas que lideravam a oposição ao PMM.

O golpe de 2016 e a ascensão da extrema direita ao poder, a partir de 2018, com um ministro da saúde ligado às entidades médicas e que tinha sido a principal liderança opositora ao PMM na Câmara dos Deputados, colocou em risco e fragilizou o programa profundamente, já que, como foi concebido de forma solidária, a supressão ou redução de quaisquer de seus componentes acabou afetando-o negativamente como um todo.

O efetivo desinvestimento no PMM, na atenção básica e no SUS, como um todo se dá nesse contexto, mas também quando já se observa os impactos da emenda constitucional 95/2016 no desfinanciamento do SUS, ao congelar os re-

cursos para a saúde por 20 anos. É o momento que as forças conservadoras tratam de destruir as políticas sociais inclusivas encetadas desde a redemocratização, entre as quais o PMM, que embora mais recente, mexia estruturalmente com interesses consolidados.

Esse contexto, agravado pela eclosão da pandemia de covid-19, a partir de fevereiro de 2020, torna ainda mais importante tomar políticas como o PMM como objetivo de investigação e reflexão. Não apenas porque o mundo atravessa a mais grave crise sanitária dos últimos 100 anos, mas porque no caso brasileiro – e só assim é possível considerar as mais de 600 mil vítimas registradas em outubro de 2021 – é resultado da conjugação do padrão de resposta sanitária do governo brasileiro, em um contexto de enorme fragilização da atenção básica e do PMM e de desconstrução dos NASF, associadas à postura negacionista e criminosa do chefe da nação e das consequências da desigualdade estrutural do país.

O PMM reafirmou a concepção de que a saúde, quando orientada pela perspectiva de direitos e não pelo mercado, é um projeto ético-político civilizatório capaz de fazer a diferença na vida dos brasileiros. O PMM revolucionou o perfil de acesso à saúde do povo brasileiro à atenção básica e, como não poderia deixar de ser, passou a ser objeto de estudo, investigação e análise de inúmeros grupos comprometidos com a produção de conhecimentos orientados a partir das necessidades da população brasileira. Estudos recentes consideram o Programa Mais Médicos como a mais importante experiência de provimento profissional já realizada em um país; outros, analisam seus efeitos sobre o acesso de amplos contingentes populacionais e o impacto epidemiológico dele resultante. Outros, tomam a própria produção política do PMM como objeto de análise. A mudança normativa nas atribuições do Estado na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS que o PMM propôs também tem merecido investigações muito consistentes. Há muitas lacunas, todavia, na produção de conhecimentos em torno do PMM e é nesse contexto que se insere a obra que tenho a honra de prefaciar.

O livro **“Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes”**, organizado por Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla, é uma obra preciosa, cuja leitura merece ser feita não apenas por exigências acadêmicas ou mera curiosidade, mas porque tem a capacidade de mobilizar em seus leitores e leitoras profundas reflexões sobre o quanto uma política pública é capaz de incidir e disputar, em contextos singulares, como o amazônico, modos de vida marcadamente comprometidos com a defesa da vida.

Produzido a partir de manuscritos que contemplam produções autorais e coletivas em torno de dois eixos norteadores - a) estudos do PMM em contextos espe-

cíficos; b) experiências sobre o enfrentamento à COVID-19 nas comunidades indígenas -, nele são apresentados os resultados das pesquisas conduzidas nos anos de 2017 e 2018 pelo grupo de pesquisa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

As análises têm caráter interdisciplinar e transversal às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular o campo da saúde coletiva e da saúde indígena, e sua produção teórica contribui significativamente para a reflexão sobre práticas colaborativas de indução do caráter interprofissional na área temática para o fortalecimento do SUS.

Os capítulos do livro têm como referência principal dois estudos empíricos inéditos realizados na região do Alto Rio Solimões pelo LAHPSA: “O Programa Mais Médicos no Cenário da Saúde Indígena”; e, “Estudos de caso do Programa Mais Médicos: cenário de Fronteira na Amazônia”.

O trabalho de campo foi realizado no município de Tabatinga, região da Tríplice Fronteira, e no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (DESI ARS), com apoio significativo das entidades e movimentos dos povos indígenas. A escolha da região do Alto Solimões para realização do estudo justificou-se por uma série de questões singulares e, também, pela contribuição que a compreensão ampliada dos efeitos e do contexto dos sistemas locais de saúde nessas localidades pode proporcionar à análise do PMM.

Por sua profundidade, o livro materializa a oportunidade de sistematizar e disseminar conhecimentos produzidos no âmbito do PMM na Amazônia, além de analisar os efeitos produzidos e identificar as descontinuidades mais recentes. Contribui significativamente para ampliar tanto a capacidade de gestão do poder público em relação ao trabalho e à educação na saúde, produzindo reflexões oportunas sobre o provimento de profissionais e a complexidade do SUS, quanto para os movimentos sociais e pesquisadores sobre o tema, na medida em que também sistematiza abordagens metodológicas que dialogam com a singularidade de produzir conhecimento implicado com esse território, tão característico na geografia política e nas formas da organização socio-sanitária.

Os estudos também aprofundam a compreensão da dinâmica social e sanitária na extensa região de fronteira brasileira, sobretudo, no arco norte, com pontos de conexão física e extensas áreas de floresta e rios, que são, em grande medida, invisíveis às políticas públicas. A circulação de pessoas na fronteira gera efeitos na qualidade do cuidado e impacta as capacidades profissionais das equipes de

atenção, com pontos de sobrecarga transnacional, incluindo as características culturais e de ocupação dos territórios das inúmeras nações indígenas que vivem na Amazônia transnacional. A compreensão mais detalhada dessas condições contribui para as mudanças e transformações da saúde nos territórios específicos e para a produção de uma cultura mais inclusiva com populações e grupos de tão evidentes, mas de tradição ancestral indiscutível. Da mesma forma, as variações nas condições de produção de saúde nesses espaços estão relacionadas a aspectos históricos, sociais e contextuais, cuja visibilidade não apenas recupera um déficit histórico, como também permite qualificar as políticas vigentes de forma extensiva a diferentes grupos populacionais e demais territórios.

Os estudos iniciais foram complementados com outros sobre os efeitos da COVID-19 nos povos indígenas da Amazônia, para os quais a pandemia tem representado um verdadeiro desastre, resultando em mais um motivo de discriminação que se traduz em resultados de saúde diferenciais quando analisados por meio da etnia e/ou língua materna. A pandemia explicitou a desigualdade estrutural que assola o país, e o livro coloca em destaque as situações de violência que os povos indígenas sofrem por séculos. Apesar desse cenário adverso para as populações indígenas, os pesquisadores nos dão a oportunidade de observarmos que os grupos e comunidades se utilizam de estratégias de resistência e de afirmação do seu conhecimento ancestral. A experiência da pandemia de COVID-19 entre os povos indígenas mostrou que o isolamento comunitário passou a fazer parte da sua vivência, tanto no aspecto do adoecimento e mortalidade tendo como principal estratégia de prevenção. O foco empírico foram jovens indígenas. Impressiona quando se constatou no campo empírico que 37% dos jovens contraíram o vírus e 68,1% tiveram algum familiar com COVID-19. Isso mostra que precisamos pensar em estratégias que tenham diálogo com as formas tradicionais de cuidado e pensar em estratégias participativas e abrangentes para responder não somente à situação emergencial da pandemia, mas a outros problemas que historicamente afetam as populações indígenas, em especial os jovens.

O projeto de sistematização e disseminação de conhecimentos e tecnologias produzidas no âmbito do PMM na Amazônia, que embasa a coletânea "Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes", inclui a identificação e curadoria de outros estudos empíricos relacionados ao PMM e desenvolvidos diretamente nesse território, com metodologias capazes de revelar e traduzir as particularidades desse contexto. Consideração bastante relevante, na medida em que se trata de um território onde escalas e padrões de metodologias de tratamento de dados tendem, assim como parte das políticas sanitárias prescritas sem a devida dobra às condições locais, a manter a invisibilidade e desconsiderar as contribuições locais à gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS.

A organização da obra, primorosa, conta com uma seção especial, composta por um dossiê fotográfico do contexto das pesquisas, cujas imagens também são utilizadas nas demais seções do livro. Assim, a estética da linguagem e as ilustrações do contexto utilizadas na obra permitem preservar as particularidades e comunicá-las com muita sensibilidade aos leitores e leitoras. A utilização de imagens fotográficas do trabalho empírico emerge como estratégia de análise e comunicação, também submetidas ao trabalho de curadoria para selecionar imagens representativas dos aspectos que as análises transversais não tiveram êxito de expressar e comunicar.

Tenho a convicção de que o livro trará enorme contribuição para o debate das políticas públicas e de saúde, bem como para a superação das sucessivas crises que a pandemia explicitou com especial intensidade no Brasil.

# Programa Mais Médicos na Amazônia: Contribuição efetiva ao direito universal à saúde, à ampliação do acesso e à qualidade da ESF

*Luiz Augusto Facchini*

Professor titular do Departamento de Medicina Social Universidade Federal de Pelotas  
Coordenador da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO



**E**m fins de 2021, depois de o país ultrapassar 600 mil mortes por COVID-19, cuja tragédia mundial assumiu consequências ainda maiores no Brasil, por conta de um enfrentamento negacionista e caótico por parte do governo federal, é uma alegria saudar o lançamento do livro **"Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes"**, organizado por Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla.

Eventuais estranhamentos da relação entre os temas não devem ser atribuídos à falta de boas notícias no país. Sem dúvidas, o livro é um sopro de esperança em um contexto social devastador, mas uma de suas marcas é a identificação de múltiplas conexões entre o Programa Mais Médicos (PMM) e o enfrentamento da COVID-19 no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões (ARS), um espaço etnocultural dinâmico localizado na região de tríplice fronteiras da Amazônia, entre Brasil, Colômbia e Peru. A região possui uma riqueza cultural e ambiental singular, mas também enfrenta dificuldades e insegurança, em meio a disputas do tráfico internacional de drogas e de ataques piratas.

O DSEI ARS possui a segunda maior população indígena do Brasil e a maior da Amazônia, com mais de 70 mil indígenas de 27 etnias distribuídos em 233 aldeias (Schweickardt et al, 2020). O Alto Solimões apresentou o maior número de casos de coronavírus entre indígenas e viveu momentos dramáticos de enfrentamento da doença, em função de carências de infraestrutura dos serviços e de pessoal para dar conta da continuidade do cuidado e do aumento exponencial da Covid-19 (O Globo, 29/04/2020).

A pandemia atingiu o país de modo dramático e a situação do Alto Rio Solimões foi ainda pior. Infelizmente, as atuais barreiras no acesso a cuidados de saúde de qualidade, enfrentadas pela população do Alto Solimões e de outras regiões do país, remetem à realidade de uma década atrás. Antes do PMM, o provimento destes profissionais e a garantia de atendimento à saúde apresentavam carências e irregularidade no interior do país, especialmente em locais remotos (Facchini et al, 2020), como por exemplo, na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Em 2013, o Brasil dispunha de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, muito abaixo da referência de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, média dos países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Facchini et al, 2020). Na Região Norte a disponibilidade de médicos à época era de um médico por mil habitantes, mas em Manaus era de 2,0 profissionais e no interior do Amazonas era de 0,2 profissionais, uma diferença de 10 vezes. O local que mais necessita de médicos no Brasil é o interior da Amazônia, onde os profissionais disponíveis são na quase totalidade vinculados ao SUS (Silveira e Pinheiro, 2014). Esta situação é fruto de iniquidades sociais históricas que contrastam as regiões geopolíticas brasileiras e explicam parte significativa das desigualdades na situação de saúde da população e na estrutura dos serviços do país (Facchini et al, 2015; Facchini et al, 2018).

O lançamento do PMM marcou um avanço expressivo do direito à saúde no Brasil, ao ampliar em larga escala a disponibilidade de profissionais com formação adequada para atender com qualidade às necessidades de saúde da população (Facchini et al, 2016; Facchini et al, 2020; Girardi et al, 2016; Santos et al, 2015). O PMM tornou-se a mais abrangente intervenção para ampliação do acesso à atenção médica na Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a provisão emergencial de cerca de 18 mil médicos no pico do programa foi combinada com iniciativas na melhoria da infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dos médicos (Facchini et al, 2020; Brasil, 2015), como por exemplo, o REQUALIFICA UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e o Programa de Mestrado Profissional em saúde da Família (PROFSAÚDE). O PMM lançou luz à escuridão e promoveu a dignidade não apenas da população indígena residente em comunidades da Amazônia, mas em todo o território nacional.

A presença de profissionais do PMM em 4.058 municípios beneficiou cerca de 63 milhões de pessoas, promovendo a integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde (Tasca et al, 2016; Kemper et al, 2016), com impacto positivo também na redução de internações por condições sensíveis à AB. Além disso, cerca de 90% da população manifestava satisfação com o programa, reforçando sua legitimidade e aceitabilidade (Santos et al, 2015; Kemper et al, 2016; Santos et al, 2017). Análise sobre a atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, entre 2012 e 2015



indicou melhor desempenho na oferta de consulta para ambas as doenças entre as equipes com PMM, em comparação àquelas sem o programa. O efeito foi mais pronunciado nas regiões Norte e Nordeste, em municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza e em municípios de todos os portes populacionais (Facchini et al, 2020). No âmbito da provisão de pessoal e educação permanente, a capacidade do PMM em melhorar equitativamente o desempenho da ESF em um curto período de intervenção continua sendo um desafio complexo.

Na Amazônia, com suas peculiaridades ambientais, demográficas, culturais e geográficas, o PMM tornou-se uma estratégia de folego para a atenção básica, principalmente nos municípios de mais difícil acesso e nas áreas indígenas. Grande parte dos municípios contemplados pelo programa faziam parte de vazios assistenciais, com histórico de escassez e rotatividade de médicos e em consequência mais vulneráveis às implicações dos problemas de saúde devido à dificuldade de acesso aos serviços (Andrade, 2018). Com o PMM, o profissional permaneceu na equipe, acompanhou as viagens às aldeias do Polo-Base e melhorou a efetividade do trabalho das equipes. Ocorreu o aumento dos atendimentos de todas as categorias profissionais, coincidindo com o incremento das equipes e com a melhora da qualidade do sistema, como por exemplo, na assistência ao parto e puerpério. Os avanços foram possíveis graças a cooperação do PMM com o governo de Cuba, que disponibilizou um grande contingente de profissionais com experiência e motivação para trabalhar com populações socialmente vulneráveis. Os efeitos foram tão surpreendentes que superaram os desafios em todos os momentos do cuidado, seja no contato com as línguas indígenas ou com práticas e costumes ancorados em visões de mundo muito diferentes daquela ofertada na formação dos profissionais de saúde (Schweickardt et al, 2020).

Conceitualmente, o PMM foi uma iniciativa de governança do SUS (Mikkelsen-Lopez, 2011; Facchini et al, 2020), direcionada à melhoria do acesso, da cobertura, da efetividade e da qualidade da ESF em diferentes contextos sociais. Operacionalmente, é possível avaliar seu efeito sobre o sistema de saúde e a situação de saúde da população por meio de um modelo teórico hierárquico (Hartz e Silva, 2005; Facchini et al, 2015), sendo o primeiro, ou distal, o que reúne os determinantes de maior relevância contextual, também denominados macro-determinantes. Nesse nível estão situadas características e divisões territoriais e grande agregados sociais - por exemplo, país, região geopolítica e município (porte populacional e perfil municipal) - que sintetizam padrões históricos de condição de vida da população, de acesso à riqueza, ao desenvolvimento social e à infraestrutura de serviços públicos, em especial da rede de saúde e de atenção primária à saúde de regiões e municípios do país. Nesse nível também se encontram as características sociais, ocupacionais, culturais, demográficas,

comportamentais e de saúde da população, conformando grupos prioritários e vulneráveis para a resposta em saúde dos serviços. Escassez de alimentos em quantidade e qualidade, contaminação da água e do solo, questões ligadas à terra e territórios, desmatamento e redução da disponibilidade de caça são determinantes e condicionantes sociais da saúde das populações indígenas.

Os autores desvelam a capacidade do país à época, em efetivar políticas universais, integrais e equitativas em saúde, com foco na ESF. Em um passado ainda recente, a foi contemplada com políticas que resgataram as carências históricas de infraestrutura e de profissionais de saúde. Ao tempo em que denuncia retrocessos e descontinuidades no PMM, o livro acentua os contrastes com as atuais políticas e práticas neoliberais e privatistas, que além de afetar o SUS e a APS, aprofundam o abismo entre as classes sociais e com os povos indígenas do país. Os capítulos sobre o PMM foram complementados com outros sobre os efeitos da COVID-19 nos povos indígenas da Amazônia, para os quais a pandemia tem representado um verdadeiro desastre, resultando em mais um motivo de discriminação que se traduz em resultados de saúde diferenciais quando analisados por meio da etnia e / ou língua materna. A pandemia explicitou as situações de violência que os povos indígenas sofrem por séculos. Apesar desse cenário adverso para as populações indígenas, especialmente para os jovens, os autores destacam as estratégias de resistência e de afirmação do seu conhecimento ancestral.

O ciclo de melhoria incremental observado na AB, em especial na ESF, perdurou por quase três décadas. Desde 2016, com a ruptura democrática e, particularmente, com o atual governo do país, se acumulam evidências de reversão de características e avanços na concepção da ESF e na garantia de direitos sociais, com iniciativas de privatização da APS e do SUS, conforme manifestações do Ministro da Saúde em outubro de 2021. Neste contexto, a presente obra é um registro primoroso e necessário sobre o sucesso do PMM no país e, mais importante, na Amazônia. O programa foi estratégia bem-sucedida na superação dos desafios da universalização da ESF, com a ampliação e estabilização de equipes de saúde, em alguns casos em municípios e localidades que jamais haviam contado com um médico regularmente. O PMM aumentou a utilização dos serviços de saúde, proxy muito comum de acesso, mas também a integralidade dos cuidados de saúde às populações mais vulneráveis (Facchini et al, 2020). A valorização de fotografias facilita a descrição de um tempo em que as políticas de provimento de pessoal médico tinham relevância para as populações indígenas e vulneráveis do país e da região amazônica.

Embora muito tenha sido escrito sobre o PMM desde sua implantação em 2013 (Kemper et al, 2016; Facchini et al, 2016), ainda é escassa a produção de conhe-

cimento sobre o significado e o efeito do programa em populações indígenas E ainda menos sobre a tríplice fronteira da Amazônia, espaço de cultura e história transnacional de territórios que hoje constituem Brasil, Colômbia e Peru. O livro aprofunda a compreensão da dinâmica social e sanitária na extensa região de fronteira brasileira, sobretudo, no arco norte, com pontos de conexão física e extensas áreas de floresta e rios, que são, em grande medida, invisíveis às políticas públicas. A circulação de pessoas na fronteira gera efeitos na qualidade do cuidado e impacta as capacidades profissionais das equipes de atenção, com pontos de sobrecarga transnacional, incluindo as características culturais e de ocupação dos territórios das inúmeras nações indígenas que vivem na Amazônia transnacional.

Apesar das ameaças e das consequências negativas da atual política de saúde do governo federal para o SUS e a AB, a crise sanitária excepcional, promoveu o reconhecimento nacional da imensa capacidade de resposta do SUS e de sua proteção contra gastos catastróficos em saúde. A situação da pandemia e das demandas habituais de saúde só não foram mais graves, graças à ampliação e qualificação da rede de saúde do SUS e, em especial, do modelo da ESF nas últimas duas décadas. Portanto, o PMM é um exemplo destacado de uma política claramente orientada em favor da população excluída do direito à saúde, como no caso das populações indígenas, os povos originários de nosso país, primeiramente escravizados e hoje discriminados e negligenciados.

A coletânea certamente despertará o interesse de um amplo público, desde movimentos sociais e indígenas, até estudantes, pesquisadores, profissionais e gestores mobilizados em favor da ampliação e fortalecimento da capacidade de gestão pública do trabalho e da educação na saúde. As abordagens teórico-metodológicas têm caráter interdisciplinar e transversal às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular o campo da saúde coletiva e saúde indígena. Os avanços alcançados no provimento de médicos e na qualidade dos serviços ofertados à população indígena, podem ser acompanhados ao longo dos capítulos. A implementação do PMM e a presença de médicos cubanos permitiram avanços na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com resultados mesmo em curto prazo, restando desafios de ordem cultural, da integralidade em saúde e da sua sustentabilidade (Schweickardt, 2020). O privilégio de conhecer uma das mais significativas expressões do PMM na promoção da equidade, em condições históricas muito especiais em termos geopolíticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e sanitários é um presente dos pesquisadores do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) [https://amazonia.fiocruz.br/?page\\_id=21421#tab-id-1](https://amazonia.fiocruz.br/?page_id=21421#tab-id-1).

## REFERÊNCIAS

Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Amorim JSC. (2020) **O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil**. Rev Panam Salud Publica.;44:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>

**O Globo, 29/04/2020**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/audio-as-coisas-estao-fora-do-controle-diz-coordenador-de-saude-indigena-do-alto-solimoes-foco-do-coronavirus-no-amazonas-24400730>.

Facchini LA, Florencio ASR, Nunes BP, Silva MRM, Rosales C, Alfaro G. (2020) **Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015**. Rev Panam Salud Publica. 44 e 63 Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.63>

Silveira, R. e Pinheiro, R. (2015) **Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2014, v. 38, n. 4, pp. 451-459. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>>. Epub 21 Jan 2015. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>.

Facchini, L.A.; E. Thumé, et al. (2015) **Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy**. In Reich, M.R. and K. Takemi. Governing Health Systems For Nations and Communities Around the World. Brookline, Lamprey and Lee.

Facchini, LA; Tomasi, E & Dilélio, AS. (2018) **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**. Saúde em debate, vol. 42, p. 208-23.

Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, et al. (2016) **O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas**. Ciênc Saúde Colet.

Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. (2016) **Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare**. Ciênc Saúde Colet. 21(9):2675-84.

Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. (2015) **Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil**. Ciênc Saúde Colet. 20(11):3547-52.

Brasil. (2015) **Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educa-



ção na Saúde. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf).

Tasca R, Silva FAM. (2016) **More Doctors Project**. In: New York UNOfS-SC, editor. Good Practices in South-South and Triangular. Disponível em: <https://www.un-southsouth.org/2016/05/30/good-practices-in-south-south-and-triangular-cooperation-for-sustainable-development-2016/>.

Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MFd. (2016) **Programa Mais Médicos: panorama da produção científica**. Ciênc Saúde Colet. 21(9):2785-96.

Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. (2017) **Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil**. Bull World Health Organ.

Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. (2011) **An approach to addressing governance from a health system framework perspective**. BMC Int Health Hum Rights.

Hartz ZMA e Silva LMV. (2005) **Avaliação em Saúde dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz/Edufba, pp. 15 - 39.

Andrade, TRC. (2018) **Gestão do trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões - AM**. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz AM.



# O programa Mais Médicos no território amazônico: Acesso e qualidade na Atenção Básica, travessias de fronteiras e o direito à saúde das gentes

Júlio César Schweickardt  
Rodrigo Tobias de Sousa Lima  
Alcindo Antônio Ferla

## INTRODUÇÃO

 livro que estamos apresentando à leitura de amplo acesso tem origem num esforço *rizomático* que envolve muitas pessoas e instituições, não apenas na escrita, mas na viabilização do contexto em que emergiu o conteúdo dos capítulos. Nossa imensa gratidão às comunidades indígenas e ribeirinhas, às organizações da saúde e às equipes que nos receberam, compartilharam sua casa e seu alimento e nos apoiaram nas pesquisas. Também agradecemos às autoridades e trabalhadores do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões (DSEI - Alto Solimões).

Sem dúvida os agradecimentos também incluem a Organização Pan-americana de Saúde, especialmente ao então Representante no Brasil, Joaquín Molina, que apoiou a realização das pesquisas e esteve conosco em campo, e à atual representante, Socorro Gross-Galiano, juntamente com a Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde, Mònica Padilla, que compreenderam a relevância da disseminação do conhecimento produzido e autorizaram e apoiaram essa publicação. Às autoridades governamentais brasileiras que formularam e desencadearam a implementação do Programa, especialmente à Presidenta Dilma Rousseff e aos Ministros da Saúde Alexandre Padilha e Arthur Chioro.

Aos profissionais participantes do Programa, em particular aos médicos e às médicas cubanas que, com seu fazer médico solidário e internacionalista, mobilizaram-se para o exercício da clínica e do cuidado em lugares onde outros profissionais não

tiveram disponibilidade de fazê-lo, fortalecendo a vida e a saúde, também a cidadania, de brasileiras e brasileiros que vem vivendo à margem das políticas públicas.

O Programa, além de expandir o acesso às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) a populações até então precariamente assistidas, também colocou em circulação uma diversidade de temas e de ideias que fazem bem à saúde coletiva e à produção de conhecimentos. Parte dessas ideias, nos ativaram nas atividades das pesquisas que, com enorme satisfação, compartilhamos neste livro.

O livro que oferecemos à leitura mobilizou ações micropolíticas no trabalho de pesquisar, na lapidação do compromisso de fortalecer as saúdes das gentes. O trabalho colaborativo e solidário, a determinação de tornar visíveis camadas relevantes do sistema de saúde brasileiro que são colocadas frequentemente em invisibilidade (o que também invisibiliza o direito de suas gentes e os territórios que elas habitam) e, mais do que isso, a implicação ética e política de fomentar mudanças nessas condições. Enfim, há aqui uma conjunção de esforços, motivações e, na nossa avaliação, de êxitos em oferecer às pessoas que o acessarem um dispositivo de abertura do pensamento para temas relevantes sobre as saúdes, os territórios, suas diversidades e os efeitos sobre os *modos de andar da vida* (Ganguilhem, 1971) das pessoas que circulam por eles.

Não há localismos aqui, que a singularidade de cada território amazônico e da Amazônia como um todo dá ênfase aos territórios, às gentes e às formas singulares e complexas de produção da saúde, que sempre estão por toda a parte pedindo passagem. Na Amazônia, nosso esforço de pesquisa, e atuação nos territórios se traduz em projetos e iniciativas que, como o que embasa essa publicação, dá visibilidade e amplia a voz dos territórios, de cada território singularmente.

## TERRITÓRIO LÍQUIDO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Nesse contexto, há algum tempo vimos lapidando a categoria analítica de *território líquido* para descrever as condições singulares em que se dá a produção da saúde na Amazônia. O *território líquido* tem relações mais frágeis do que aquelas que estamos habituados nos centros urbanos do Brasil central e metropolitano, com fronteiras que são mais fluidas e abertas às travessias, mas também mais movediças: a cada movimento do ciclo das águas, elas também se deslocam, colocando em questão o que podem as fronteiras e os jogos entre as margens que sempre estão aí, mesmo quando parecem sólidas e intransponíveis. O geógrafo Milton Santos (2001) já nos alertava, desde a década de 60 do século passado, que o território é vivo e não se reduz à representação tecno-geográfica



que fazemos para descrevê-lo e, ao mesmo tempo, para normatizá-lo. A fragilidade aqui registrada não é de inconsistência, mas, ao contrário, de flexibilidade e porosidades que deixam a vida passar. Ela não funciona predominantemente na determinação de gerar ações disciplinares às formas com que a vida se organiza. Mas aberta à aprendizagem com o andar da vida.

O *território líquido* tem variações mais acentuadas na geografia espacial e humana, com combinações de concentração/dispersão populacional muito amplas, com condições de distância e acesso muito adversas e, por fim, com escassos padrões de representação dessa diversidade o que, entre outras consequências, coloca a necessidade de outros parâmetros para classificar escalas de consumo, eficiência e sustentabilidade econômica para as políticas públicas.

O *território líquido* opera com noções de tempo diferentes da cronologia sequencial dos relógios, incluindo o tempo oportuno em que as coisas podem acontecer, o tempo do deslocamento entre dois pontos, o tempo de cada modalidade de barco e da potência do motor, o tempo da travessia na cheia e na vazante (Lima et al., 2016), o tempo da recuperação da saúde, o tempo da natureza, que se constituiu no tempo da cultura para realizar as diferentes atividades de trabalho e lazer.

O *território líquido* é constituído por uma grande diversidade humana, em termos de etnias, línguas, culturas, modos de vida e formas de expressão das suas saúdes, sendo que, algumas vezes, há híbridos com os saberes e fazeres oficiais, principalmente em problemas de saúde que pertencem às formas contemporâneas de organizar a vida. O *território líquido* tem sistemas locais de saúde que são produzidos cotidianamente por saberes e práticas tradicionais, pela resistência das suas gentes, pelo trabalho real e intensivo de atores dos sistemas oficial e popular. O território tem, portanto, uma aproximação com os modos de vida, com a simbologia e o significado que as águas têm para as populações ribeirinhas (Schweickardt et al., 2021). Assim, as distâncias epistêmica e pragmática das políticas oficiais produzem a omissão de iniciativas construtivas das políticas oficiais, muitas vezes derivadas da invisibilidade que tem o *Brasil profundo*, particularmente o interior da Amazônia.

O *território líquido* tem superfícies híbridas, com “terra firme”, florestas densas e uma infinidade de rios, lagos, furos e outras coleções líquidas, que conectam superfícies, mas, também, constroem leitos densos, com vida farta e uma miríade de oportunidades de pensar a vida, a saúde e a viabilidade das existências vivas em outras perspectivas que não a sustentabilidade espoliativa e extrativista, que consome e desfaz os lastros da vida comum e do bem viver. Fraxe (2004) afirma que os rios estão presentes nas diversas formas da vida ribeirinha, um viver que não se

limita a morar na beira do rio, mas sim de vivenciar o rio e suas experiências e ofertas de subsistência. Assim, o território líquido tem modos de produção e ocupação do espaço onde há tensões agudas entre a exploração espoliativa dos recursos naturais e a busca de formas mais harmônicas e equilibradas de suprimento das necessidades humanas e dos demais seres que ocupam e fazem os territórios.

O *território líquido*, tal qual a terceira margem no conto de Guimarães Rosa (1994), é prenhe de descobertas e aprendizagens, porque, justamente, constitui a transição entre o visível e o invisível no cotidiano do sistema de saúde, entre o já sabido e o que o cotidiano do trabalho pode nos ensinar. As potencialidades do território reivindicam a escuta e a aprendizagem dos atores que circulam no seu entorno, como nos demais territórios físicos, mas aqui o grau de complexidade com que os fenômenos se entrelaçam é mais agudo e mais prenhe de descobertas, uma vez que a sociedade disciplinar moderna não exerce igual eficácia pedagógica e ortopédica sobre sua configuração.

Como na imagem do ensaio de Ceccim e Ferla (2008), o embrenhar-se (Ferla et al. 2016) nesse contexto produz conhecimentos que são significativos não apenas para superar obstáculos no cotidiano amazônico, mas para impulsionar a transição de platôs do pensamento sobre a integralidade da saúde, sobre as relações entre território e saúde, sobre a singularização das políticas oficiais, sobre formas de viver em coletivo e de *bem viver*, traduzindo outras formas de andar saudavelmente da vida.

O *território líquido* é uma categoria analítica que vimos lapidando e formulando há alguns anos, com mergulhos e *embrenhamentos* na complexidade dos territórios e formas de fazer andar a vida na Amazônia, e é nesse contexto que realizamos os estudos sobre os efeitos do Programa Mais Médicos. Há, portanto, uma dobra aqui: a coisa em análise é o Programa na interação com o território e suas gentes. Não nos pareceu oportuno e relevante propor, como nas análises recorrentes de políticas públicas, que o trabalho analítico se restringisse a medir a distância entre o conteúdo da política e o cotidiano, desconsiderando as conexões constitutivas do objeto da política com o território, aqui tomadas não como atributos da política, mas como estruturantes do que se espera de uma política de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Não é apenas o cotidiano do território que está em questão, mas também o modo como as políticas são formuladas e as lógicas que as constituem.

No Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHP-SA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), temos no ocupado de pesquisas envoltas na ideia da educação permanente em saúde, ou

seja, de pesquisas não apenas para constatação e tampouco da constatação do já sabido, mas como reflexões sobre o trabalho e o cotidiano. O pesquisar busca apresentar o singular de cada território, não apenas o depoimento do inquirido/observado, mas refletindo sobre o lugar do pesquisador, fazendo uma transgressão da clássica relação sujeito-objeto para a construção do conhecimento entre sujeitos, com direitos de fala e de escrita. E que, ao tempo em que se produzem, geram efeitos de mudança nos territórios e contextos, como implicação ética e política com a vida e as saúdes que propiciam os saberes que se configuram a cada contato. Estamos bem mobilizados em engendrar abordagens que permitam dar passagem às intensidades e não apenas registrar as representações.

Esse território tem nos ensinado a *reterritorializar* constantemente as perguntas de pesquisa e as formas de construir respostas no cotidiano, por falseamentos repetidos na capacidade de olhar o contexto. Na verdade, o naturalismo da biomedicina e da ciência moderna, como nos ensinaram Madel Luz (2009) e Joel Birmam (2005), entre outros sanitaristas da emergência da Saúde Coletiva como campo de conhecimentos e práticas, precisa ser quebrado por olhares interdisciplinares, por hibridismos saber/práticas nos territórios e pela assunção da complexidade como condição associada à produção da saúde e que expõe o limite da racionalidade da ciência moderna. A quebra do naturalismo abre novas portas para a produção de conhecimentos e a sistematização de tecnologias. É oportuno colocar em questão as lentes que utilizamos para mirar o território, que elas são, frequentemente, produtos do naturalismo e produtoras de colonialismos.

Ou seja, o ato de pesquisar é também de aprender e de fomentar a insurgência de epistemologias locais. A saúde urbana dos centros metropolitanos não cabe no *território líquido* da Amazônia. A cada dia, nos perguntamos mais e mais se essa saúde genérica, abstrata e assentada no consumo de procedimentos biomédicos, pelo menos para aqueles que têm acesso a essas tecnologias, cabe nos grandes centros ou se apenas os coloniza. Problematização que, evidentemente, não desmerece a relevância do acesso a ações e serviços de saúde, sobretudo para aqueles problemas produzidos pelas formas de ocupação do território e exploração espoliativa do meio e das gentes, o que a humanidade tem documentado pelo menos desde o Relatório Lalonde (1974).

Estudar o Programa Mais Médicos na Amazônia é prova desse registro. Entretanto, é preciso confessar, que temos percorrido as diferentes pesquisas no *território líquido* consolidando um platô ampliado de certeza que, para uma saúde como generosamente registrada na Constituição brasileira de 1988, precisamos aprender mais com a produção do *bem viver*, com o compartilhar e com a solidariedade entre as gentes e entre os povos. Como exemplo, podemos falar dos

fazer da saúde quando o direito à saúde das pessoas se coloca em oposição às escalas de eficiência da produção em escala? A dispersão populacional na Amazônia demonstra que as escalas são empecilho ao alcance do direito à saúde e que o discurso da eficiência alocativa é, nesse caso, uma artimanha discursiva que pretende justificar a negação do acesso.

Aprendemos também novos platôs para pensar a integralidade. A integralidade do cuidado se faz na artesanaria das composições entre tecnologias de diferentes naturezas, quando se produz o encontro entre um trabalhador da saúde, um usuário com necessidades de cuidado e um contexto territorial adverso e diverso daquele que o ensino profissional naturalizou na formação. Integralidade do cuidado é movimento e não conceito ideal, já nos alertou há tempos Ruben Matos (2004). Se realiza mais como *encontro alegre* e um intercessor tecnoassistencial do que como prescrição de um protocolo tecnológico ou em padrões progressivos de resposta. Mas esse já é o conteúdo do livro, sobretudo o contato com os profissionais cubanos do Programa Mais Médicos, que encontramos frequentemente nos campos empíricos da pesquisa.

## O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O TERRITÓRIO LÍQUIDO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado pela Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, que posteriormente foi convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. O Programa levou mais de 18 mil profissionais para os municípios do interior e periferias das grandes cidades do país por meio do eixo especificamente voltado para o provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Além do provimento emergencial, o Programa previu a expansão da oferta de vagas de medicina e residências, assim como um componente de investimento federal nas unidades de saúde dos territórios. O Programa Mais Médicos obteve reconhecido êxito em seus objetivos até meados de 2018, quando alcançou resultados significativos no provimento de médicos em municípios/regiões de maior necessidade, com ampliação da cobertura da atenção básica, inclusive para a população indígena, com mais de 70% dos municípios brasileiros atendidos pelo projeto, beneficiando 63 milhões de brasileiros. A partir de novembro de 2018, ocorreu a saída abrupta de mais de 8 mil médicos cubanos que integravam o PMM, devido a tensões na relação entre os governos e ao encerramento do acordo de cooperação entre Brasil e Cuba. Desde então, diversos ajustes têm sido feitos no Programa, sobretudo após o início da pandemia de COVID-19, em março de 2020, sem alcançar o desempenho inicial.

Para além dos efeitos assistenciais, a implementação do Programa gerou acú-

mulos substantivos para a agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde no Sistema Único de Saúde. O PMM foi a ação regulatória com maior magnitude para o provimento de profissionais e ordenamento da formação em saúde, no sentido definido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que registra as ações e serviços de saúde como de relevância pública, o que as coloca diretamente sob a regulação do poder público. Também, especificamente, no que se refere ao reconhecimento constitucional da competência do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ordenamento da formação dos trabalhadores da saúde e a incorporação da ciência, tecnologia e inovação na saúde.

O PMM foi igualmente uma iniciativa de grande magnitude para alavancar políticas de equidade espacial no acesso à saúde, na medida em que foram priorizados os territórios com indicadores de maior vulnerabilização da população residente e, portanto, maior necessidade de ações e serviços de saúde. Esse é o efeito de maior visibilidade no território amazônico. A bibliografia também aponta que o PMM foi, em complementação às dimensões já citadas, o maior programa de educação permanente em saúde implementado no SUS, considerando a mobilidade de pessoas e a extensa superfície de contato territorial e intercultural no contexto pedagógico de formação de profissionais de saúde, incluídos os médicos participantes, os supervisores acadêmicos e preceptores e os demais profissionais e comunidades inseridas no Programa.

Portanto, mais do que contemplar os efeitos produzidos ou lamentar as discontinuidades mais recentes, este projeto colhe a oportunidade de sistematizar e disseminar conhecimentos produzidos no âmbito do Programa Mais Médicos na Amazônia, com estudos empíricos de grande relevância e narrativas igualmente capazes de traduzir contribuições relevantes tanto para a capacidade de gestão do poder público em relação ao trabalho e à educação na saúde. São reflexões oportunas sobre o provimento de profissionais e a complexidade do SUS. Ainda mais com a atualização que se faz desde o enfrentamento da pandemia de COVID-19, já no período de inconstância do Programa.

A proposta do livro sobre os efeitos do Programa Mais Médicos na Amazônia tem como referência principal dois estudos empíricos inéditos realizados na região do Alto Rio Solimões, estado do Amazonas, com os seguintes títulos: "O Programa Mais Médicos no Cenário da Saúde Indígena" e "Estudos de caso do Programa Mais Médicos: cenário de Fronteira na Amazônia". Os estudos foram realizados em 2017 e 2018 com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI/MS) e Distrito Especial de Saúde Indígena do Alto Rio Solimões (DSEI ARS). As instituições participaram da concepção do estudo. Foram elaborados um relatório de cada estudo, cujos con-

teúdos permanecem inacessíveis até o presente momento. Antes disso, fomos convidados pela OPAS para discutir pesquisas que realizamos sobre o PMM no Estado do Amazonas (Schweickardt, 2017). Nesses encontros, entendemos que havia a necessidade de realizar estudos na Região Norte, em especial, a fronteira e a área indígena.

Desenvolvemos o trabalho de campo nos municípios de Tabatinga, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, região da Tríplice Fronteira e de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (DESI ARS), assumindo o formato de estudo de casos múltiplos em três Polos Base, que nos permitiu uma imersão em contextos diversos e significativos para a diversidade do território amazônico. Tivemos expressivo apoio das entidades e movimentos dos povos indígenas, a partir do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). *Casos satélites* na região do Alto Solimões mobilizaram questões singulares e, também, a compreensão ampliada dos efeitos e do contexto dos sistemas locais de saúde nessas localidades pode proporcionar à análise do Programa Mais Médicos (PMM). O conjunto de estudos foi articulado nesta publicação por compreendermos que informam o leitor, ampliam a compreensão do território e permitem uma interação mais intensa, mediada pela diversidade de análises.

As pesquisas aqui apresentadas geraram alguns produtos anteriores, como um Relatório de Pesquisa, que foi entregue à OPAS, um artigo científico (Schweickardt et al., 2020), dois capítulos de livro (Schweickardt et al, 2020; Andrade; Schweickardt; Lima, 2020) e uma dissertação de Mestrado (Andrade, 2018). No entanto, a pesquisa também teve desdobramentos relevantes na parceira e colaboração com o DSEI ARS, especialmente no acompanhamento do trabalho das parteiras tradicionais e dos pajés. Outras dissertações e teses estão articuladas com essas aproximações empíricas.

A compreensão mais detalhada das condições do território amazônico, inclusive da região de fronteiras do arco norte e dos fluxos interfronteiriços entre os países contribui para as transformações da saúde e da produção da vida dos territórios, permitindo deslocamentos na crise civilizatória que vivemos, quiçá para a produção de uma cultura mais inclusiva em relação a populações e grupos com diversidades tão evidentes, sobretudo aquelas ancoradas nas práticas tradicionais e tradições ancestrais. Inclusive em relação à produção de saúde. As fronteiras internacionais, assim como as intermunicipais, têm mais porosidades do que nos leva a acreditar a produção social das nacionalidades e municipalidades, seja para as doenças, seja para os fluxos populacionais. E também para os modos de enfrentamento das adversidades e doenças.



Entre os povos indígenas, a pandemia produz consequências desastrosas, que se expressam pelas mortes e adoecimentos. Também por eventos associados às situações de violência que os povos indígenas sofrem por séculos, que se agudizam em tempos em que a vida é colocada de ponta cabeça. No campo empírico, percebemos que apesar desse cenário fortemente adverso para as populações indígenas, há mobilização de grupos e comunidades em estratégias de resistência e de afirmação do seu conhecimento ancestral, que se opõem à necropolítica que parece predominar em toda parte (Relatório CAP, 2021). É importante registrar que a COVID-19 e as medidas de enfrentamento também foram incorporadas pelos povos indígenas, ressaltando a importância do diálogo entre diferentes saberes, por meio de estratégias participativas e abrangentes na resposta emergencial à pandemia e, também, no cotidiano da atenção aos demais problemas que historicamente afetam as populações indígenas, em especial os jovens. A crise de interpretação parece ser maior na cultura biomédica ocidental, nos informa o campo empírico das pesquisas. Trata-se de uma constatação e de um alerta, na medida em que se trata de um território onde escalas e padrões são diversos daqueles que embasam as políticas sanitárias prescritas pelas práticas oficiais, que também produzem invisibilidade às contribuições locais à gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS. Utilizamos imagens fotográficas do trabalho empírico e ilustrações como estratégia de análise e de comunicação, a partir de um trabalho de curadoria sensível, para mobilizar o pensamento quando a linguagem de texto, mesmo com o esforço da interdisciplinaridade, não obteve êxito de expressar e comunicar.

Os textos foram elaborados por autores convidados pelos organizadores, que participaram dos estudos ou que estiveram estrategicamente localizados no processo de definição e implementação inicial da política de provimento e formação de médicos que está sendo analisada. As questões metodológicas, experiência de campo, resultados e análises compõem os manuscritos, compartilhando também o modo de fazer da pesquisa no contexto amazônico (Ferla et al., 2016; Trepte & Ferla, 2017).

A iniciativa do livro emergiu das ações de pesquisa dos Projetos “Cenários da atenção básica na Amazônia: política, saúde ribeirinha e fluvial, educação permanente e produção do cuidado” e “A produção do trabalho e o Programa Mais Médicos no Estado do Amazonas: estudo avaliativo da gestão do trabalho em saúde na atenção básica: o caso do Programa Mais Médicos no Estado do Amazonas”, devidamente institucionalizados a partir do LAHPSA/ILMD e com aprovação ética no CEP/CONEP no número do CAAE: 80564817.9.0000.5020.

A publicação é voltada para pesquisadores, especialistas, estudantes, trabalhadores e gestores do setor saúde, assim como entidades e movimentos sociais envolvidos com essas temáticas no território amazônico. Por certo, uma interligação de conceitos e abordagens dessa natureza possibilita a composição de um futuro referencial muito apropriado aos profissionais, aos trabalhadores e instituições sejam governamentais e não-governamentais na ampliação do cuidado em saúde em contextos específicos.

O livro está publicado pela Editora Rede Unida, na Série Saúde & Amazônia, mantida em parceria com o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane (LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazônia) com apoio da Representação Brasileira da Organização Pan-americana da Saúde e das instituições de pesquisa e de representação das populações indígenas que estiveram articuladas na elaboração dos estudos.

Findo o trabalho da pesquisa e da organização do livro, desejamos a todas as pessoas que o acessarem que tenham uma leitura mobilizadora de pensamentos e ações em relação à saúde, ao direito à saúde, à responsabilidade ética e política do cuidado e da produção de conhecimentos, à capacidade inclusiva das políticas públicas e à relevância de um sistema de saúde universal. Também à condição de relevância pública do trabalho e do ensino na saúde. Oxalá produza novos imaginários sobre o encontro da saúde com os povos amazônicos, onde a adversidade das doenças seja intolerável, mas a diversidade dos modos de andar da vida seja reconhecida e, quiçá, desejada. Afinal, o bem viver nos coloca possíveis no sentido freireano, mesmo em tempos tão difíceis como esse que produzimos para sobreviver.

## REFERÊNCIAS

Andrade, T. R. C. (2018). **Gestão do trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos**: um estudo de caso no DSEI Alto rio Solimões - AM. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47935>

Andrade, T.R.C.; Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S. (2020). **Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena**: um estudo de caso. In: Heufemann, N. E. C. et al. (Orgs.) Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Livro-Saude-Indigena-educacao-gestao-e-trabalho.pdf>



Birman, J. A. *Physis da saúde coletiva*. (2005). **Physis**: Revista de Saúde Coletiva [online]. v. 15, n. suppl, pp. 11-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>.

Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2008). **Educação e saúde**: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. v. 6, n. 3, pp. 443-456. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.

Ferla, A. A.; Trepte, R. F.; 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 à aprendizagem. *Saúde em Redes*. v.2, n 3, p. 241-261. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v-2n3p241-261> <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3p241-261>

Fraxe, T. de J. P. (2004). **Cultura cabocla-ribeirinha: mitos, lendas e transculturalidade**. São Paulo: Editora Annablume.

Ganguilhem, G. (1971). **Lo normal y lo patológico**. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno.

Heufemann, N. E. C. (org.); et al. (2020). **Saúde indígena: educação, gestão e trabalho**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.10). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-14-4. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-educacao-gestao-e-trabalho/>

Lalonde M. (1974). **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

Lima, R. T. S., Simões, A. L., Heufemann, N. E., & Alves, V. de P. (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. (Org.), **Intensidades na Atenção Básica: Prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. (1o ed, Vol. 2, p. 269-294). Rede Unida.

Luz, Madel T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, 18(2), 304-311, Jun.

Matos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralida-

de). **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 20, n. 5, pp. 1411-1416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Epub 13 Out 2004. ISSN 1678-4464.

Relatório do Estudo: **Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira**. (2021).- Manaus: COIAB; UNICEF; Fiocruz/ILMD-LAHPSA.

Rosa, J. G. (1994). "A terceira margem do rio". In: **Ficção completa**: volume II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, p. 409-413.

Santos, M. (2001). **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 6. ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Record.

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lima, R T S ; Andrade, T. ; Silva, J. M. B. F. ; Caldas, J. ; Ahmadpour, B. (2020). O Programa Mais Médicos e seus encontros com o cuidado indígena no DSEI Alto Rio Solimões: anotações do campo de pesquisa. In: Júlio Cesar Schweickardt; Joana Maria Borges de Freitas Silva; Bahiyyeh Ahmadpour. (Org.). **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 271-293.

Schweickardt, J.C. et al. (2021). Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM. In: Soares, E. P.; Schweickardt, J.C.; Guedes, T.R. O. N.; Reis, A. E. S.; Freitas, J. M. B. (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C; et al. (2017). **Relatório de Pesquisa. A produção do trabalho e o Programa "Mais Médicos" no Estado do Amazonas**. Manaus: Fapeam/Fiocruz Amazonas.

Schweickardt, J.C; Ferla, A. A.; Lima, R.T.S.; Amorim, J.S. C. (2020). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica** (PRINT), v. 44, p. 1-8.

Schweickardt, Júlio Cesar (org.) et. al. (2020). **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural/>



Trepte, R; Ferla, A. A. (2017). O fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor: narratividade no processo de produção de conhecimento em saúde. **Revista de Psicologia da Unesp**. 2017; (16)1: 41-59. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/844>



# O programa Mais Médicos no cenário da saúde indígena

*Júlio Cesar Schweickardt*

*Alcindo Antônio Ferla*

*Joana Maria Borges de Freitas*

*Tais Rangel Cruz Andrade*

## INTRODUÇÃO

**A** atenção básica em saúde se faz num determinado território, no nosso caso, o território amazônico, com seus modos de vida e particularidades. A Amazônia Possui uma multiplicidade de territórios, com riqueza de ecossistemas, culturas e interações sociais. de território, mas todos marcados pelo regime das águas. As comunidades ribeirinhas, por exemplo, são compostas de vários agrupamentos familiares, em moradias adaptadas ao sistema de cheias e vazantes dos rios, dispersas ao longo de um percurso fluvial. Por outro lado, as comunidades indígenas são grupos populacionais culturalmente diferenciados, compostos de uma gama de etnias, que se reconhecem pelas suas formas diversas de organização social, ocupação do território e saberes tradicionais. Desse modo, as políticas de saúde necessitam de um olhar mais atento para essas realidades específicas, impactando sobre a qualidade dos serviços e nos processos de trabalho das equipes de saúde. O território ribeirinho se configura num conceito amplo que ultrapassa os limites geográficos e abrange os modos de vida e sua territorialidade. As Comunidades tradicionais incluem as populações de áreas ribeirinhas, áreas indígenas, populações quilombolas, de pescadores, seringueiros, madeireiros, piaçazeiros (Schweickardt et al, 2017).

As políticas públicas de saúde devem ser aplicadas nos territórios partindo do pressuposto de que a vida é, antes de tudo, vivida em regiões e locais específicos. A Amazônia é um desses lugares que necessitam sempre de uma negociação entre as características locais e as políticas nacionais, podendo gerar inovações e novos arranjos tecnoassistenciais em saúde. Por arranjos tecnoassistenciais compreende-se as características das ofertas assistenciais feitas à população ou a grupos populacionais em termos de organização nos serviços, características tecnológicas no trabalho e as lógicas de organização do cuidado (Merhy, 2002; 2013). Portanto,

sempre entendemos que as tecnologias do cuidado necessitam dialogar com o território marcadamente “líquido”, que molda a dinâmica da vida. A demanda e as necessidades das pessoas são agentes ativos nos processos de mudanças em saúde, exigindo modelos mais flexíveis e sensíveis aos modos de vida nos territórios.

Reconhecendo as singularidades das formas de cuidado e processo de trabalho em saúde nas áreas indígenas, em 2002 foi implementada, através da Portaria 254/2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) com base na Lei Orgânica de Saúde, reconhecendo as especificidades étnicas e culturais, e os direitos territoriais dos povos indígenas nos campos das ações voltadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde (Brasil, 2002). A PNASPI também prevê a integração dos saberes indígenas no Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), o qual foi criado no âmbito do SUS, pela Lei 9836/1999 (Lei Sérgio Arouca), para organizar ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas (Brasil, 1999).

O SASI-SUS se propõe a produzir cuidado em saúde de maneira diferenciada, construindo uma forma de organização do modelo de atenção à saúde adaptado à realidade e às condições de vida dos diversos povos indígenas, atuando exclusivamente na Atenção Primária à Saúde (APS) e, tendo o SUS como retaguarda na complementariedade do acesso aos serviços de saúde, principalmente na média e alta complexidade, sendo gerenciado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS).

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), médico, odontólogo, auxiliar ou técnico de saúde bucal e, na região da Amazônia, agentes de endemias e microscopistas (Brasil, 2005).

No período do Programa Mais Médicos, entre 2013 e 2017, a quase totalidade de médicos atuantes na saúde indígena eram intercambistas cooperados, denominação atribuída aos médicos cubanos que atuam no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), provenientes da cooperação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) com os Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba. Em março de 2018, atuavam 343 médicos do PMM na saúde indígena, sendo 14 médicos com registro ativo junto ao CRM no Brasil, 33 Intercambistas com registro profissional em outros países e 296 cooperados, distribuídos nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI (DATASUS, MS). Diante deste contexto, depois de cinco anos da chegada dos primeiros médicos aos municípios e DSEI, se fez necessário avaliar os efeitos de tal política em situações e grupos específicos como é o caso das populações indígenas. Cabe desta-



car que historicamente a saúde indígena sempre teve dificuldades em realizar o provimento e a fixação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos para atuarem junto às equipes multidisciplinares (Garneiro et al. 2003; Ferreira, 2013; Martins, 2017).

O “Programa Mais Médicos” (PMM) faz parte das iniciativas da gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) para o fortalecimento da Atenção Básica, constituindo-se como iniciativa para a qualificação dos serviços prestados pelo SUS. Inclui: a) Investimento em infraestrutura, particularmente das unidades básicas de saúde; b) ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência; e c) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (Brasil, 2013; Oliveira et al., 2014). O provimento emergencial definido no PMM prevê a destinação de médicos participantes do Programa em municípios “com percentuais de população em condição de extrema pobreza; do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); da localização em regiões pobres”; ainda as “periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas” (Pinto et al., 2017, p. 1090).

O Programa Mais Médicos envolveu questões de grande complexidade na sua implementação, em virtude: 1. do contexto dos sistemas locais de saúde; 2. das tensões entre diferentes atores, envolvendo a inserção de profissionais estrangeiros na atenção básica; 3. ênfase em elementos relativos ao desenvolvimento e à gestão do trabalho, questões culturais, modelos de atenção e do cuidado. Além disso, o PMM produziu efeitos potenciais em diversas dimensões de análise (políticas; sanitárias; culturais; sociais; relativas à atenção, à gestão, à participação e à aprendizagem; entre outras) e com fortes características locais.

As pesquisas sobre o PMM têm se preocupado com a questão da produção da equipe (Lima et al, 2016) ou com os processos de trabalho envolvendo a equipe multidisciplinar na atenção básica em saúde (Schweickardt et al, 2017). Porém, a temática da saúde indígena e o PMM tem sido pouco explorado nas pesquisas, algumas focadas na experiência de supervisão de médicos em área indígena (Souza, 2015), na satisfação dos indígenas com o PMM (Fontão; Pereira, 2017) ou em relatos de experiência. Com isso, reconhecemos a necessidade de colocarmos a temática indígena na agenda de estudos para que possamos compreender os efeitos do PMM na saúde indígena.

No entanto, há necessidade de avaliações e pesquisas que possam discutir mais profundamente a questão da saúde diferenciada, e como essa está sendo colocada em prática (Pontes, et al, 2015). Sabemos das dificuldades de inclusão das questões antropológicas na formação dos profissionais de saúde, o que interfere na compreensão das concepções de saúde e doença da população indígena (Rocha, 2016; Martins, 2017).

Diante desse contexto, o estudo se justifica pela análise das práticas de saúde em circunstâncias interculturais, quando buscamos compreender as tensões do trabalho da equipe e do médico na relação com a população indígena, mas também a relação com os atores tradicionais de cura, especificamente o pajé, benzedor e a parteira. Não temos a pretensão de generalizar os resultados do estudo de caso do Alto Rio Solimões para todo o contexto da saúde indígena, pois compreendemos a existência da diversidade étnica no nosso país, com línguas, modos de vida e sistemas de saúde. No entanto, como se trata de um estudo de caso, entendemos que podemos contribuir com as discussões da implementação da política de saúde indígena através do PMM em lugares e grupos específicos.

O estudo de caso aqui apresentado tem como objetivo compreender os efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) na organização do subsistema de saúde indígena por meio do ponto de vista do profissional de saúde, gestor e da liderança indígena. Buscamos caracterizar e contextualizar o distrito indígena quanto à organização dos serviços, atenção diferenciada na saúde, gestão do trabalho e a implantação do Programa Mais Médicos. Procuramos analisar as experiências e as tensões que envolvem a etnicidade e interculturalidade<sup>1</sup> na relação entre a equipe de saúde e a população indígena. Por fim, buscamos descrever e analisar os arranjos tecnoassistenciais em saúde desenvolvidos pelos médicos do PMM que contribuíram com a ampliação de acesso da população indígena à atenção à saúde.

O projeto foi apresentado na reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI, com a presença do coordenador distrital, presidente do CONDISI, lideranças indígenas e coordenadores dos três Polos. Na reunião foi aprovado e assinado o termo de anuência pelas lideranças, coordenador do DSEI e presidente do CONDISI. O projeto e os documentos foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CONEP que deu parecer favorável à realização da pesquisa com o CAAE: 80564817.9.0000.5020.

## ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO SUS

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado a partir da mobilização social indígena pela criação de uma política pública voltada para atenção à saúde do índio. A sua fundamentação foi gerada com a constituição de 1988, quando as

**1** - A Política de Etnicidade e Saúde da OPAS é uma das referências desse trabalho, principalmente quando se trata de pensar a saúde indígena e a inserção de profissionais médicos estrangeiros que atuam prioritariamente no território indígena pelo Programa Mais Médicos no Brasil. As questões da etnicidade e da interculturalidade são também objetos de reflexão dessa pesquisa, pois nos interessa entender como se produzem os encontros das diferentes tradições, formações socioculturais, produção do cuidado em saúde e superação de problemas de acesso à saúde (WHO/PAHO, 2017).

organizações indígenas passaram a ser atores importantes nas políticas públicas. A partir desse momento iniciou-se o processo de regulamentação de terras habitadas pelos povos indígenas, que deixaram de ser tutelados pelo Estado, garantindo os seus direitos civis (Constituição Federal, 1988).

A lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que ficou conhecida como lei Sérgio Arouca, estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (SASI-SUS), que só se concretizou de fato após a criação da Política Nacional à Saúde dos Povos Indígenas, em 2002. Inicialmente a política ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e atualmente é gerida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada através do decreto nº 7.336/2010, que está diretamente ligada ao Ministério da Saúde (FUNASA, 2002).

A FUNASA constituía-se como instituição demandante das ações de saúde voltada para as populações indígenas a partir de 1991 em decorrência da alta mortalidade do povo Yanomami, no estado de Roraima, colocando em perigo a sobrevivência desse povo devido aos conflitos com garimpeiros e pelo expressivo aumento das epidemias. Nesse momento, como resultado da luta política do movimento indígena, foi criado o Distrito Sanitário Yanomami (DSY). Durante a pandemia de COVID-19 novamente o povo Yanomami é ameaçado pela exploração do garimpo ilegal em suas terras.

A II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, realizada em 1993, reforçou a necessidade de distritalização sanitária, quando o Ministério da Saúde passou a ser o responsável pela atenção aos povos indígenas dentro dos princípios do SUS, “utilizando os critérios étnicos, demográficos e de ocupação ancestral das terras indígenas” (Garnelo et al., 2003, p. 40). A partir de 1999 foram criados os outros Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, quando o Ministério da Saúde delegou para a FUNASA a execução dos serviços. Entre 1999 e 2003, foram implantados os 34 DSEI nas diferentes regiões do país, sendo que 7 estão no Estado do Amazonas. Na região do Alto Rio Solimões há dois: Alto Rio Solimões e Vale do Javari.

As principais diretrizes da política nacional de saúde indígena após a III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, ocorrida em 2001, reforçaram a luta pelos direitos à saúde, mas também apresentaram desafios que ainda precisam ser problematizados: Organização dos serviços de saúde por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); qualificação dos recursos humanos para atuar em contextos interculturais; sistema de avaliação e monitoramento das situações de saúde dos povos indígenas; articulação com os sistemas tradicionais de cura e cuidado; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; ações de prevenção de agravos prioritários; respeito à ética no desenvolvimento de pesquisas e nas ações de saúde; promoção de ambientes saudáveis nas áreas



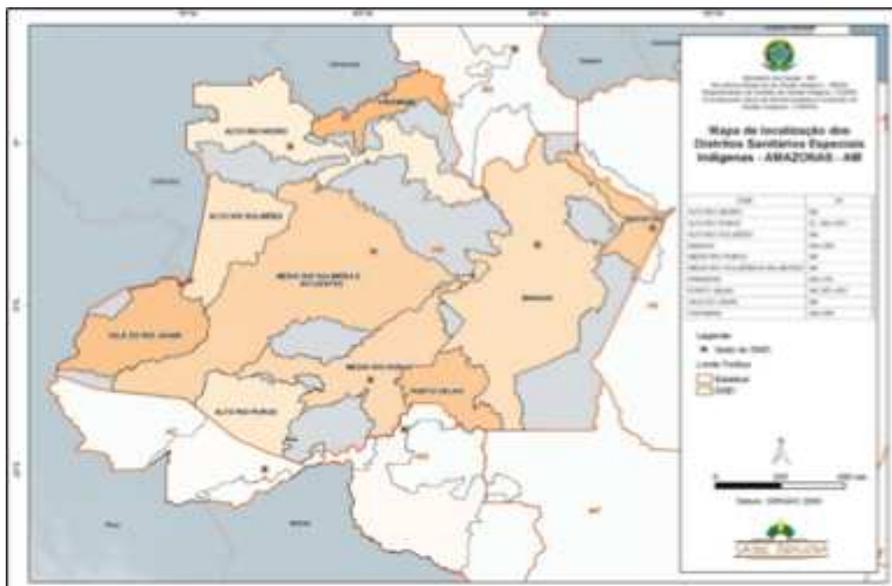
O DSEI é uma estrutura organizacional que atua no território sociocultural, podendo abranger uma região que engloba diferentes municípios e estados ou pode se organizar em torno de uma etnia, como é o caso do DSEI Yanomami. Não obstante, mesmo o DSEI Yanomami, por exemplo, também atende populações de etnia Ye'kuana.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) integra a Política Nacional de Saúde, seguindo as diretrizes e princípios da Lei Orgânica de Saúde, que tem como principal objetivo a garantia de acesso à atenção integral à saúde, reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como seus direitos territoriais.

A implementação da PNASPI buscou responder os problemas de acesso aos serviços de saúde e deficiências da cobertura de assistência, a partir de um modelo de atenção diferenciada, levando em consideração os aspectos culturais, epidemiológicos e operacionais destes povos.

O AM possui sete DSEI em seu território, sendo que o DSEI Alto Rio Negro (São Gabriel da Cachoeira) compartilha população com o DSEI Yanomami. O DSEI Alto Rio Purus, pertencente ao Estado do Acre, atende 2 municípios do estado do Amazonas, Boca do Acre e Pauini. O mapa demonstra a complexidade de desenvolver a política de saúde indígena para tanta diversidade de regiões, línguas e povos.

**Figura 2:** Localização dos DSEI do Amazonas.



Fonte: SESAI/2017

O modelo assistencial da saúde indígena tem como diretrizes as ações de promoção e aplicação dos programas estratégicos nacionais de prevenção e de controle de agravos. Assim, a saúde indígena se espelha na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir da lógica dos programas estratégicos e com uma atuação forte no território. Essa ênfase buscou mudar a lógica campanhista que marcava a saúde indígena em períodos anteriores. No entanto, somente é possível ir para além do modelo campanhista quando se dispõe de formação das equipes que atuam no território indígena, e infraestrutura necessária, para garantir a integralidade da atenção com vistas às especificidades culturais de cada povo. (Pontes, 2015).

A rede assistencial é composta por uma estrutura complexa desempenhada pelas Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena (UBSFI) nas aldeias, dos Polos Base nas aldeias estratégicas e Casas de Saúde do Índio (CASAI) nos municípios de referência. O Atendimento é realizado pelas Equipes Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), sendo o Agente Indígena de Saúde (AIS), na sua grande maioria, são indígenas da própria etnia. Os AIS, por serem indígenas da própria comunidade, conhecem a realidade dos usuários da sua aldeia, contribuindo com o diálogo entre os saberes tradicionais e biomédicos.

As equipes realizam ações assistenciais que estão relacionadas aos programas pactuados pelo Ministério da saúde que contemplam os ciclos de vida (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem) atividades preventivas, como imunização, avaliação nutricional, busca ativa de malária, tuberculose, hanseníase, atendimentos clínicos a partir das queixas, urgências e emergências e atividades de educação em saúde com a população. (Brasil, 2009, p. 34). Ainda, as EMSI desenvolvem ações de promoção e educação em saúde.

As CASAI estão situadas em áreas urbanas para facilitar o agendamento dos exames e consultas dos indígenas para a rede de média e alta complexidade de saúde. Tal estrutura dispõe de profissionais de saúde para o atendimento, porém sua principal finalidade é o alojamento enquanto aguardam o atendimento na rede de atenção à saúde. O profissional da CASAI tem a possibilidade de criar vínculo com o usuário indígena, facilitando o diálogo entre este e o profissional que atende na rede de atenção. Conforme explica o coordenador do DSEI ARS, a CASAI está dentro do fluxo de referência do modelo de atenção da Saúde Indígena, atuando como casa de trânsito, acompanhando o usuário até chegar à rede SUS de referência:

O modelo de saúde é esse aqui, postos de saúde nas aldeias, nas microrregiões, mais perto de quem está morando nas aldeias. Polo Base (referência - numa aldeia), referência para CASAI, que encaminha para o SUS, ou referências do Polo Base direto pro SUS quando

for caso de emergência. E aí segue todo esse ciclo. Nós conseguimos seguir todo esse modelo essencial que tá previsto desde o início, da criação em 1999 (Entrevista Gestão DSEI).

A CASAI de Tabatinga recebe os pacientes dos 13 Polos Base do DSEI ARS e encaminha para o hospital de guarnição do exército ou para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e maternidade. Em casos mais graves ou para algumas especialidades, o usuário é encaminhado para a capital Manaus. Durante a visita da equipe da pesquisa na CASAI, surpreendeu o número baixo de pacientes indígenas que aguardavam encaminhamento na rede de saúde. Isso pode ser lido como um indicador de que o trabalho da equipe multiprofissional está sendo resolutivo nos territórios. Outros aspectos que contribuem com a diminuição dos encaminhamentos: gestão com maior capacidade de resolução, suprimento de insumos; viabilização de transporte fluvial para as aldeias; presença e permanência do profissional médico em área.

## POLÍTICA E CONTROLE SOCIAL INDÍGENA

O controle social no Subsistema indígena tem ampla participação dos indígenas que acompanham as atividades de gestão, a atenção à saúde e o planejamento das políticas de saúde. As conferências de saúde são espaços importantes de avaliação e de definição das políticas de saúde para o período. O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) exerce uma função importante de controle sobre o planejamento das ações no DSEI. Durante a reunião do Conselho Distrital em que estivemos presentes, percebemos que as discussões estão voltadas para avaliação das ações desenvolvidas nas aldeias e indicadores de saúde importantes, como mortalidade infantil e materna. O Conselho local tem a participação exclusivamente de usuários e lideranças indígenas, que acompanham as ações da equipe de saúde e da gestão no cotidiano do Polo Base. Esses são eleitos pela comunidade. Na pesquisa, acompanhamos a posse do novo conselheiro na localidade de Betânia, que convocou uma reunião com as principais lideranças da comunidade. Ficou evidente o interesse em saber as atividades e atribuições da equipe de saúde, principalmente aqueles profissionais com uma atuação mais recente na área, como é o caso do psicólogo.

Na lógica da cultura há uma diferença no entendimento de representatividade entre o que o controle social exige e a estrutura de poder tradicional das lideranças. Assim, “a noção indígena de representatividade não inclui, necessariamente, o poder de decidir pelo grupo. Em diversas culturas amazônicas, por exemplo, o ‘representante’ é apenas o porta-voz do grupo, um interlocutor com a função de ouvir, compreender, analisar e transmitir a informação para os ‘representados’, a quem efetivamente caberá a decisão final” (Garnelo *et al.*, 20013, p. 80).

Observamos na Comunidade de Betânia que o representante é o interlocutor entre a comunidade e a equipe, sendo um articulador que precisa fazer a escuta tanto da gestão como da demanda dos usuários. No entanto, um conselheiro antigo alertou que o papel do conselheiro também é conhecer as leis referentes à saúde indígena para a efetividade de uma saúde diferenciada. Na observação de campo, percebemos que as lideranças (caciques e conselheiros) também exercem um papel de “controle” das ações de saúde e das demandas da população, sendo uma pessoa de referência para resolução dos mais variados assuntos, desde a punição de indígenas alcoolizados que causaram algum dano, do AIS que não desempenha bem suas funções, até a resolução de problemas familiares.

A gente tem o cacique da comunidade, e os conselheiros, e o coordenador. Quando tem problema na equipe, às vezes o coordenador chama cacique e conselheiro, faz uma reunião, às vezes ele chama só aquela envolvida no problema. Às vezes ele faz uma reunião com todos os funcionários. Resolve esse problema pra não aparecer de novo. Às vezes acontece com o agente de saúde sobre a bebida né? Aí os conselheiros vêm, o cacique vem, e isso tem de ser resolvido aqui mesmo (Entrevista AIS).

Na cultura indígena é estranho compreender os prazos demandados pela política de saúde, pois a tomada de decisão no mundo indígena é pautada pela discussão com a participação de todos os interessados, o que envolve os diferentes segmentos da comunidade (Garnelo *et al*, 2013). A reunião do conselho local que presenciamos em Betânia tinha lideranças como o cacique, coordenadora da escola, vereador, articulador local, coordenador do Polo Base, parteiras, AIS, e profissionais de saúde. A reunião foi um exemplo dessa escuta e de um respeito à hierarquia tradicional e representatividade política da comunidade.

## A SOCIEDADE INDÍGENA NO ALTO RIO SOLIMÕES

As comunidades indígenas que fizeram parte desta pesquisa são, predominantemente, da etnia Ticuna. Segundo o censo do IBGE de 2010, foram identificadas 305 etnias no Brasil, sendo os Ticuna com a maior densidade populacional, representando 6,8% da população indígena no país. Estes estão divididos em mais de 100 comunidades no Alto Rio Solimões, distribuídos nos municípios da região de fronteira com a Colômbia e o Peru (IBGE, 2010; Erthal 2001). A língua Ticuna é falada por uma área extensa com uma estimativa de 30 mil falantes distribuídos nos países: Brasil, Peru e Colômbia.

De acordo com seus mitos, “os Ticuna são originários do igarapé Eware, situado nas nascentes do igarapé São Jerônimo (Tonatü), tributário da margem esquerda do

rio Solimões, no trecho entre Tabatinga e São Paulo de Olivença” (Oliveira, 2002, p. 280). Os Ticuna viviam “no alto dos igarapés afluentes da margem esquerda do rio Solimões, no trecho em que este entra em terras Brasileiras até o rio Içá/Putumayo. Houve um intenso processo de deslocamento em direção ao Solimões” (ISA, 2018). Os Ticuna foram se deslocando pelo rio Solimões até próximo de Manaus. No alto Solimões, os Ticuna são encontrados em todos os seis municípios da região: Tabatinga, Benjamim Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá e Tonantins. Sua população está distribuída em mais de 20 Terras Indígenas.

O processo saúde-doença dos Ticuna assemelha-se com as outras etnias, em que contemplam saberes tradicionais através do pajé que tem o conhecimento de plantas e práticas míticas; e das parteiras que cuidam do nascimento e acompanhamento (Erthal, 2001).

A sociedade Ticuna se organiza a partir de grupos clânicos, patrilineares.

Segundo a narrativa Ticuna, as nações foram criadas por Yo’i com a finalidade de estabelecer critérios de diferenciação entre os membros do povo Ticuna. Dessa forma se instituiu uma organização social caracterizada pela existência das duas nações ou metades isogâmicas, as quais regulamentam as alianças entre os clãs no interior do grupo, levando assim à “endogamia tribal” (Oliveira, 1999, p. 95).

A função principal das nações e as metades é ordenar o casamento, sendo proibido casar-se com alguém do mesmo clã ou com a metade da qual esse clã pertence. O casamento necessita ser entre uma nação de pena com uma sem pena. No entanto, observamos na pesquisa que alguns não lembram mais do seu clã, apesar de nos informar que os casamentos ainda são regidos pela regra de restrição de casamentos entre clãs que sejam do grupo de pena ou dos não-penas. O casamento é exogâmico. A definição do clã é patrilinear, pois é definido pelo clã do marido. No entanto, não é patrilocal, sendo possível o marido ou esposa escolherem o local para viverem.

O parentesco fornece um modelo de linguagem e da política de uma sociedade, dando coesão social e distribuição de poder na sociedade (Copans apud Garnelo, 2003). A questão dos clãs e dos casamentos são importantes porque contribuem para o equilíbrio social e dão identidade social aos sujeitos. Assim, o casamento com alguém do mesmo clã pode representar uma situação de caos e de desestabilização emocional e social, podendo ser o motivo de tentativas de suicídio, como relatam os profissionais da saúde mental no DSEI.

Além disso, a antropologia clássica explica que os sistemas de parentesco são formas de interdição do tabu do incesto (Lévi-Strauss, 1982).

O tabu do incesto é interpretado como um princípio de organização social, é uma forma de estabelecer aliança entre os grupos. Essa interpretação introduz uma dimensão política. É através da proibição da relação com as pessoas do próprio grupo, que se introduz a necessidade de se comunicar com outro grupo, através do casamento (SARTI, 1992, p. 73).

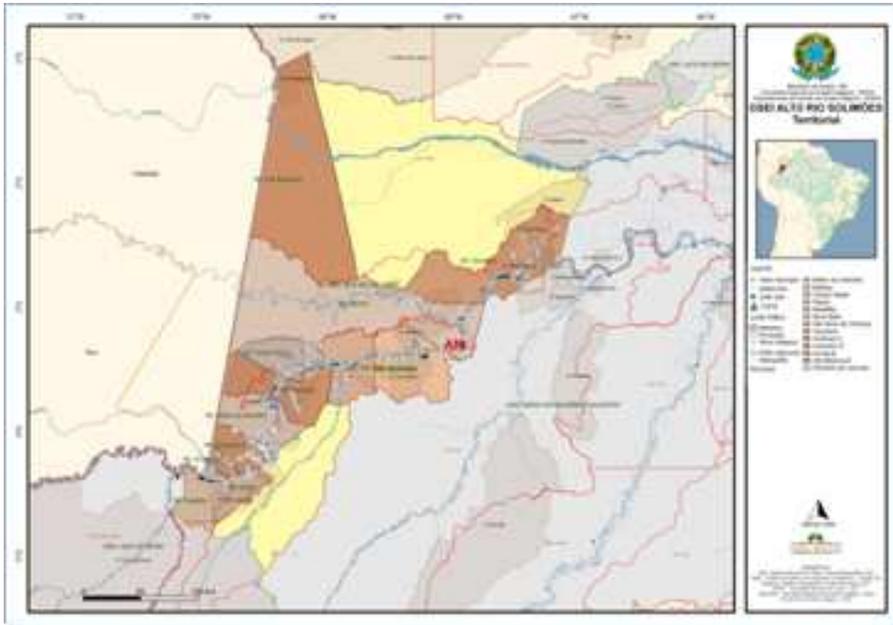
No nascimento é dado o nome pelo padrinho ou madrinha, que ao cortar o cordão umbilical fala o nome da criança e o clã que pertence. As pessoas que nascem de parto normal recebem o nome do clã (“como se fosse batizado”), dado pelo padrinho ou madrinha no momento do corte do cordão umbilical. A placenta é colocada numa cuia e enterrada no pátio da casa, simbolizando que a pessoa é daquele lugar, daquela terra.

## PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo de caso foi realizado no Distrito Especial Sanitário Indígena do Alto Rio Solimões (DSEI ARS), utilizando uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, para análise da pesquisa. O estudo de caso traz a possibilidade de empreender uma descrição ampla e profunda do fenômeno em questão e não a prevalência do mesmo, ou seja, espera-se perceber a intensidade e não a extensão do fenômeno (Yin, 2015, p.62). Segundo Alves-Mazzotti (2006, p. 6) o importante é “otimizar a compreensão do caso ao invés de privilegiar a generalização para além do caso”. A preocupação é pelo que podemos aprender com o caso. Nesse sentido, buscamos compreender como foi atuação dos médicos do PMM no contexto da saúde indígena, tomando como caso uma região específica.

A microrregião do Alto Rio Solimões está localizada na planície Amazônica, sendo banhada pelas águas do rio Solimões. Os rios da Amazônia possuem duas áreas geomorfológicas: a terra-firme que não inunda durante o ciclo hidrológico e a várzea que fica na margem dos rios e fica inundada na enchente (Martins, 2016). O ciclo das águas, como é conhecido na Amazônia, é caracterizado por quatro períodos fluviais: enchente, cheia, vazante e seca.

O território de atuação do DSEI ARS abrange sete municípios do Estado do Amazonas, conhecido como região do Alto Rio Solimões. O referido Distrito abrange uma população de 71.430 pessoas, distribuídas em 233 aldeias (SIASI, 2016). A região faz fronteira com os países Peru e Colômbia. No município Tabatinga está a sede do DSEI, que fica distante da capital Manaus a 96 horas de viagem de barco ou 2,5 horas de voo comercial.

**Figura 03:** Abrangência do DSEI Alto Rio Solimões.

Fonte: SESAI/2017

O DSEI ARS tem 13 Polos Base, que estão distribuídos em sete municípios: Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Amaturá, Tonantins e Japurá. A Casa de Saúde Indígena (CASAI) está situada no município de Tabatinga e as quatro Casas de Apoio à Saúde Indígena (CAPAI) estão localizadas em outros municípios. Tabatinga é referência para os atendimentos de média complexidade para o DSEI ARS e Manaus é referência para a alta complexidade. A principal unidade prestadora de serviço hospitalar é o Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro e a Unidade de Pronto Atendimento/ Maternidade (Cartografia DSEI, 2017).

A região do DSEI Alto Rio Solimões foi escolhida por se tratar do serviço de assistência à saúde com a segunda maior população indígena do Brasil, contando com uma população de 62.065 indígenas. A região possui uma grande diversidade cultural, com 7 etnias: Ticuna, Kokama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup.

O DSEI ARS tem 26 equipes multidisciplinares trabalhando em 13 Polos Base diretamente na aldeia, sendo alguns com microrregiões nos territórios. Não de forma física atuando, nas estruturas do Posto em si, mas pela da equipe, que vai pra essas regiões, atende e retorna. As equipes são, na sua maioria, completas, algumas com a presença do psicólogo e nutricionista. Às vezes tem um polo que tem um psicólogo

go para dois Polos, mas os Polos com maior índice e maior população tem um psicólogo só para eles, que é o caso de Belém do Solimões. A gente tem 95% de toda a logística é fluvial, por isso temos uma frota grande de embarcações (Entrevista Gestão DSEI).

Escolhemos realizar o campo em três Polos Base, dos 13 existentes, de acordo com a população, número de equipes e organização do trabalho. Nesse sentido, selecionamos os Polos de Belém do Solimões, Campo Alegre e Betânia. A pesquisa procurou considerar as especificidades, mas também caracterizar o que há de comum entre as três comunidades e experiências de pesquisa.

A pesquisa de campo teve o apoio logístico do DSEI ARS para o deslocamento e alojamento da equipe de pesquisa, sendo realizada no mês de março de 2018. A viagem até o Polo Base Belém de Solimões durou em torno de 2 horas, Campo Alegre 4 horas e Betânia 8 horas.

O Polo Base Belém do Solimões está localizado no município de Tabatinga. A sede do Polo é constituída como uma aldeia extensa e populosa, com 11023 habitantes. As etnias predominantes são Ticuna e Kambeba. O referido Polo presta atendimento para 27 aldeias indígenas, além da aldeia sede da unidade (SIASI, 2018).

O Polo Base dispõe de uma lancha com motor 90 Hp para as remoções e outra de 60 Hp para a realização das visitas nas aldeias adscritas. Nas aldeias, os AIS possuem motores 13 e 15 Hp para a realização de visitas domiciliares e a remoção de usuários para a sede do Polo. As comunidades estão divididas em oito microáreas, tendo as equipes responsáveis para acompanhar as atividades dos AIS. As aldeias do Polo de Belém do Solimões têm uma média de 26 km de distância da sede, sendo que a mais distante está a 90 km e a mais próxima a 2,5 km.

A Estrutura física do Polo está dividida em 2 unidades: a Unidade de Saúde e o alojamento dos profissionais. No Polo estavam lotados 02 médicos do PMM que trabalham no regime de 15 dias na aldeia e 15 dias para arejamento e formação. Os médicos faziam parte das 02 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que tinha um regime de trabalho diferente: 20 dias em área e 10 dias de arejamento. A primeira equipe era composta por: 04 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, 01 nutricionista, 01 odontólogo, 01 psicólogo e 01 técnico de laboratório; a segunda por: 05 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, 02 odontólogos e 01 farmacêutico. O Polo conta com uma equipe fixa que é composta por 09 técnicos de enfermagem, 04 técnicos de saúde bucal, 52 agentes de saúde indígena, 03 vigias, 06 auxiliares de serviços gerais, 01 secretário, 01 cozinheira, 12 agentes indígenas de saneamento e 02 técnicos de laboratório, cuja jornada de trabalho é semanal.

O Polo Base Campo Alegre está localizado no município de São Paulo de Olivença, possui uma população de 6.372 indígenas, sendo a maioria da Etnia Ticuna. O Polo é formado por 9 aldeias. A Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) tem

um consultório médico, uma sala para enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de observação, uma sala de vacinação, uma sala de expurgo, uma farmácia e uma sala administrativa. Ao lado da UBSI está o alojamento dos profissionais de saúde para a hospedagem durante a jornada de trabalho. O Polo tinha duas equipes que se revezam na área. Cada equipe tinha um médico do PMM, sendo ambos cubanos. O regime de trabalho da equipe é semelhante aos outros Polos Base.

Além dos profissionais da EMSI, o Polo ainda tem uma equipe volante formada por 01 nutricionista, 01 psicólogo e 01 farmacêutico que atuam num regime de trabalho de 10 dias em cada Polo com 05 dias de arejamento. O Polo possui 33 agentes indígenas de saúde (AIS), 04 agentes indígenas de saneamento, 01 cozinheira, 03 motoristas fluviais, 01 secretário, 02 auxiliares de serviços gerais, 04 técnicos de enfermagem e 03 técnicos de saúde bucal.

O Polo Base Betânia, localizado no município de Santo Antônio do Içá, tem uma população de 8.399 mil habitantes (SIASI, 2018, referente a 2016). O Polo possui 29 comunidades que estão localizadas ao longo do Rio Içá, desde o encontro com o Rio Solimões até a fronteira com a Colômbia. Para a realização da cobertura assistencial, a equipe precisa se deslocar até 285 Km, sendo necessárias 10 horas de barco.

A Unidade Básica de Saúde Manoel Salvador - TCHI'TÜÜCü está na Sede Betânia, seguindo o modelo arquitetônico sugerido pelo Ministério da Saúde. A Unidade tem duas embarcações para o transporte de pacientes até as referências especializadas. A UBS foi construída pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Içá e entregue à comunidade em janeiro de 2017.

O Polo possui duas equipes de saúde, com 02 médicos do PMM, ambos cubanos, tendo a primeira equipe formada por 03 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem e 01 odontólogo; e a outra equipe é composta por 03 enfermeiros, 01 odontólogo e 01 farmacêutico. Completam a equipe os 15 técnicos de enfermagem, 01 assistente social, 03 técnicos de saúde bucal, 27 agentes indígenas de saúde, 2 auxiliares de serviços gerais, 01 auxiliar de mobilização social, 03 motoristas fluviais, 03 cozinheiras, 04 agentes indígenas de saneamento, 02 agentes comunitários de saúde situados na sede do município de Santo Antônio do Içá e 01 técnico de laboratório. O Polo ainda conta também com uma equipe volante que é composta por 01 nutricionista e 01 psicólogo.

O transporte de pacientes para a referência especializada é regulado pelo Polo e funciona para os dias da semana e para deslocamentos de urgência funciona em qualquer horário e dia. Na sede do Polo há duas lanchas com motor de maior potência (115HP). A Comunidade ainda tem um barco regional para o transporte regular das pessoas e mercadoria e uma lancha rápida para o transporte de passageiros.

As entrevistas foram realizadas com o coordenador de DSEI ARS, chefe de Divisão de Ações de Saúde Indígena (DIASI/DSEI), as lideranças indígenas de cada

comunidade e 44 profissionais de saúde (04 médicos, 14 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem, 01 farmacêutica, 01 Psicólogo, 02 nutricionistas e 12 AIS). A equipe de pesquisa foi dividida em três grupos, que tinha a responsabilidade de fazer as entrevistas com os médicos do PMM, profissionais da equipe, realizar grupos focais e registrar informações relevantes nos diários de campo. Descrevemos as estratégias de observação na publicação em capítulo de livro (Schweickardt *et al.*, 2020). A equipe de pesquisa ficou hospedada com as equipes de saúde, possibilitando uma aproximação da dinâmica de trabalho e de observação. As entrevistas e os diálogos dos grupos focais foram registrados em áudio e posteriormente foi realizada a transcrição intencional dos relatos dos sujeitos.

Os dados secundários foram coletados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI e informações coletadas na SESAI e por meio de planilhas de controle interno do DSEI ARS, bem como dos Relatórios de Gestão Anual produzidos no período entre 2010 e 2017. As variáveis quantitativas utilizadas foram as seguintes: número de atendimentos médicos, de enfermagem e dos agentes de saúde indígenas; razão de atendimentos de enfermagem por atendimento médico; razão de atendimentos de AIS por atendimento médico; encaminhamentos médicos de urgência e emergência pelos Mais Médicos (MM), encaminhamentos pelos MM de consultas eletivas em centro de referência; número de consultas de pré-natal; número de nascimentos vivos segundo o tipo, local e tipo de assistência prestada nos partos. Os dados foram sistematizados em gráficos e tabelas, segundo os Polos Base e DSEI ARS.

Consideramos que essa questão da disponibilidade de informações consistentes para uma análise das condições de vida e saúde das populações indígenas é uma característica particular, que contribui para a justificativa do desenho metodológico escolhido para o estudo, além de ser um marcador das condições de funcionamento do subsistema específico de atenção às populações indígenas no SUS. Diversos estudos confirmam essa característica das análises sobre condições demográficas e sanitárias da saúde das populações indígenas (Coimbra Jr., Santos, 2000; Garnelo, Macedo, Brandão, 2003; Santos, Coimbra Jr., 2003; Sousa, Scatena, Santos, 2007), sobretudo no que se refere à disponibilidade e confiabilidade dos dados disponíveis.

O Sistema de Informação de Atenção à saúde Indígena (SIASI) é um sistema de informação com dados primários coletados diretamente pelas que atuam no Subsistema e que é gerenciado, no âmbito do Ministério da Saúde, pela SESAI. O sistema foi criado no ano de 2000, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Sousa, Scatena, Santos, 2007), visando coletar, processar e analisar informações (óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura) úteis ao acompanhamento da saúde das populações indígenas e sucedeu as estratégias adotadas anteriormente pela FUNAI.

A implantação do SIASI foi feita gradativamente, incluindo sucessivos treina-

mentos, necessários sobretudo por decorrência de versões distintas, que alteram padrões de coleta, representação e fluxos de alimentação do Sistema. A versão utilizada atualmente do Sistema (4.0) foi lançada em 2013 e produziu mudanças que estavam ainda sendo processadas no âmbito local por ocasião das atividades de campo da pesquisa. Importante considerar que as limitadas condições de infraestrutura de informática e rede lógica fazem com que as equipes dos diferentes Polos Base e DSEI sejam obrigadas a diversos ajustes na metodologia de coleta e alimentação dos dados, o que gera sobrecarga no processo de trabalho local e déficits de qualidade nas bases de dados disponíveis.

Considerando tratar-se de um sistema de Informação de implantação recente e dadas as condições registradas acima, é previsível que existam variações importantes sobre a qualidade dos dados disponíveis, sobretudo no que se refere aos padrões de preenchimento e validação e à quantidade de registros incorporados no mesmo. Portanto, optou-se por manter dados brutos na maior parte das análises, evitando induzir a comparações com contextos diversos, a partir dos dados analisados nesta pesquisa. As análises realizadas neste item compõem um modelo que considera a evolução histórica de cada Polo Base analisado, a comparação entre os três Polos Base que compõem o estudo, e com o DSEI como um todo.

## EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA SAÚDE INDÍGENA

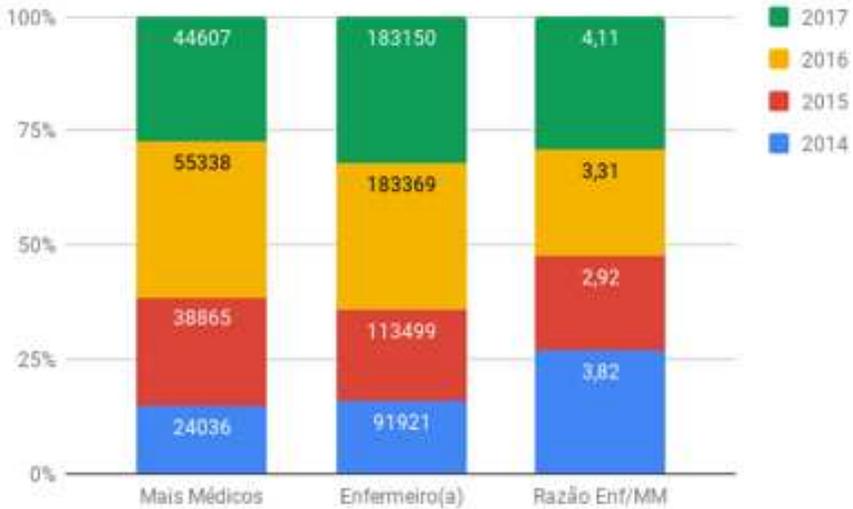
O DSEI ARS teve um expressivo crescimento no provimento de médicos desde início do Programa: 2013 iniciou com 6 médicos; 2014, subiu para 18; 2015, aumentou para 20; em 2016, passou para 23; em 2017 diminuiu para 17 devido ao término do primeiro ciclo do PMM (2013-2016) e a demora no processo de substituição. Em julho de 2018 havia 29 médicos, distribuídos nos 13 Polos Base, sendo dois Brasileiros e 27 cubanos. No mês de novembro de 2018, o DSEI ARS contava com 25 médicos, sendo 22 cooperados e 3 intercambistas (brasileiros sem registro no Conselho Regional de Medicina - CRM). Há variação no número médicos devido ao início e fim dos contratos, assim como solicitações de mudanças de local de trabalho.

A atenção à saúde da população indígena, apesar cumprir as diretrizes assistenciais da atenção básica não indígena, contempla uma gama de especificidades a diversidade de territórios, em seus aspectos geográficos, mas também as particularidades na relação das pessoas com as coletividades, as variações nos fatores que interferem na produção da saúde e as condições concretas de produção de vida no interior da Amazônia. Entretanto, há algo bastante singular, que é a força da cultura e dos modos de vida das populações indígenas. Em grande medida, as aproximações analíticas com a saúde da população indígena e com os modos de organização das ações e serviços em seus territórios necessitam de referenciais diversos daqueles utilizados para a análise da atenção básica no SUS. Iniciamos descrevendo questões mais gerais dos territórios, buscando compreender como se produz a saúde e o cuidado nos mesmos.

## ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A análise dos efeitos do Programa Mais Médicos incluiu a dimensão de organização dos serviços por DSEI e, posteriormente por Polo Base.

**Figura 04** - Série histórica de número de atendimentos realizados pelo Mais Médicos (MM) e de enfermagem no DSEI ARS, Amazonas, Brasil, 2018.



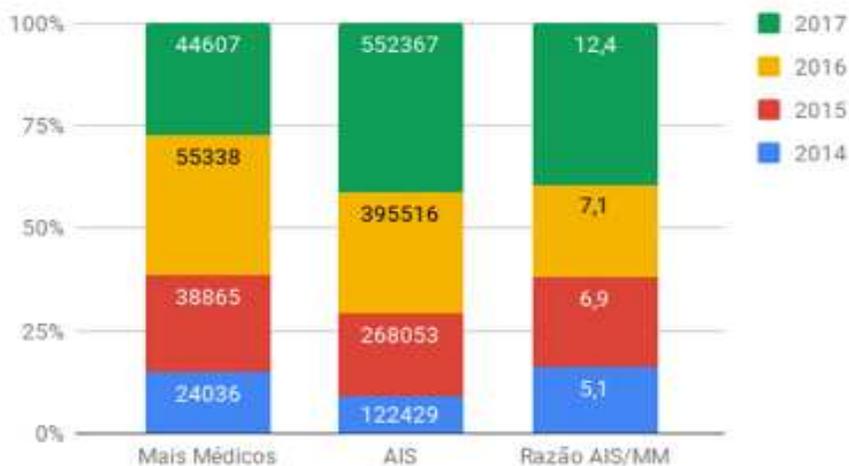
Fonte: SIASI, MS. Nota: Razão Enf/MM é a relação de atendimentos de enfermagem segundo a produção do Médico do MM.

Foi observado um aumento gradativo do número de atendimentos do MM a partir de 2014. Nos três primeiros anos, houve um aumento da produção em 62% (2014 para 2015) e 42% (2015 para 2016), chegando a 55338 atendimentos em 2016. Em 2017 há uma redução da produção de atendimentos devido à redução de profissionais médicos e em razão do período de substituição do médico e sua entrada em área indígena nos Polos Base do DSEI.

O aumento da produção de enfermagem possui o mesmo padrão se comparado a produção do médico. Sua produção de atendimentos em 2017 duplica em relação a 2014. Isso permite dizer que a atenção à saúde indígena tem conseguido aumentar a oferta de atendimentos, tanto pela procura dos profissionais da enfermagem, quanto da medicina. Com isso podemos dizer que o PMM tem, por conseguinte, ampliado o escopo de práticas e atendimentos realizados necessários para a manutenção da saúde às populações indígenas.

Em 2014, a razão de atendimentos realizados entre os profissionais foi de 3,82, o que permite inferir que a cada atendimento médico, foram realizados quase 4 atendimentos de enfermagem. Foi observado que, nos anos 2015 e 2016, a razão foi abaixo do que encontrado no início do Programa que foi em 2014, que sugere um aumento da procura do médico pelos indígenas que conseguiu absorver a demanda. Ainda assim, em 2017, a razão chegou a mais de 4 atendimentos de enfermagem por cada médico, o que pode ser explicado pela presença do profissional médico, que interfere na produção ambulatorial da enfermagem. Essa questão também foi observada nas entrevistas.

**Figura 05** – Série histórica de número de atendimentos realizados pelo Mais Médicos (MM) e Agente Indígena de Saúde no DSEI ARS, , Brasil, 2018.



Fonte: SIASI, MS. Nota: Razão Enf/MM é a relação de atendimentos de enfermagem segundo a produção do Médico do MM.

Quando observadas as produções de agentes indígenas de saúde, foi possível notar a tendência abrupta de aumento ao longo dos quatro anos. Tomando como referência o ano de 2014, há um aumento de atendimentos de 2,2 e 4,5 vezes para os anos de 2015 e 2017. A razão de atendimentos entre AIS e MM aumenta, por conseguinte. A produção do AIS obedece a mesma tendência de aumento da produção da enfermagem. Nesse período, segundo a gestão do DSEI, houve qualificação dos AIS por meio de cursos de formação e capacitações e novas contratações de agentes. Além disso, podemos sugerir que a interação do trabalho em equipe, que confirma que a presença do MM na equipe, permitiu a realização das atividades do enfermeiro (a) e, por conseguinte, contribuiu com as funções do AIS no cuidado em saúde. O resultado disso é o aumento da razão AIS/MM em mais de 2 vezes nos anos entre 2014 e 2017.

Os dados da produção assistencial dos três Polos Base em análise demonstram um aumento progressivo da produção registrada no SIASI com o início do Programa, conforme demonstra a tabela abaixo. Esse aumento de registros coincide com o incremento das equipes, principalmente com a chegada dos profissionais do PMM, e com a melhora da qualidade do sistema de informação, na versão atualizada no ano de 2013, como já foi registrado.

**TABELA 01** - Comparativo de número de atendimentos realizados pelas equipes de saúde dos Polos Base e registradas no SIASI, 2014 a 2018\*, nos Polo Base analisados do DSEI ARS.

Ano	Tipo de atendimento	Belém do Solimões	Campo Alegre	Vila Betânia	TOTAL
2014	Agentes Indígenas de Saúde	24.585	-	47	24.632
	Aux/Tec Enfermagem	86.477	-	1.922	88.399
	Aux/Tec Saúde Bucal	5.147	1.116	-	6.263
	Cirurgiões Dentistas	13.518	5.274	843	19.635
	Enfermeiros	20.258	-	1.682	21.940
	Médicos	8.049	-	2.802	10.851
	Outros	5.774	-	494	6.268
2015	Agentes Indígenas de Saúde	41.513	-	104	41.617
	Aux/Tec Enfermagem	66.279	-	99	66.378
	Aux/Tec Saúde Bucal	7.597	734	-	8.331
	Cirurgiões Dentistas	5.548	89	1.229	6.866
	Enfermeiros	20.173	184	1.772	22.129
	Médicos	3.306	-	1.110	4.416
	Outros	9.676	23	103	9.802
2016	Agentes Indígenas de Saúde	158.904	45.216	27.291	231.411
	Aux/Tec Enfermagem	200.201	6.223	33.740	240.164
	Aux/Tec Saúde Bucal	28.486	223	8.111	36.820
	Cirurgiões Dentistas	20.968	737	9.823	31.528
	Enfermeiros	73.543	4.230	11.978	89.751
	Médicos	19.212	2.891	4.156	26.259
	Outros	30.520	206	9.887	40.613
2017	Agentes Indígenas de Saúde	412.110	72.410	96.744	581.264
	Aux/Tec Enfermagem	399.289	46.227	70.443	515.959
	Aux/Tec Saúde Bucal	56.017	14.079	10.704	80.800
	Cirurgiões Dentistas	42.086	6.062	12.570	60.718
	Enfermeiros	121.500	9.254	24.441	155.195
	Médicos	17.680	5.439	1.445	24.564
	Outros	70.162	6.793	17.506	94.461
2018	Agentes Indígenas de Saúde	191.996	32.821	70.609	295.426
	Aux/Tec Enfermagem	238.761	25.880	59.266	323.907
	Aux/Tec Saúde Bucal	43.999	9.794	7.788	61.581
	Cirurgiões Dentistas	24.653	5.455	6.654	36.762
	Enfermeiros	88.439	6.165	21.074	115.678
	Médicos	7.957	2.792	-	10.749
	Outros	48.627	5.390	12.549	66.566

Fonte: SIASI. Data de referência: 31/12/2016. \* Considerando o período de janeiro a junho de 2018.

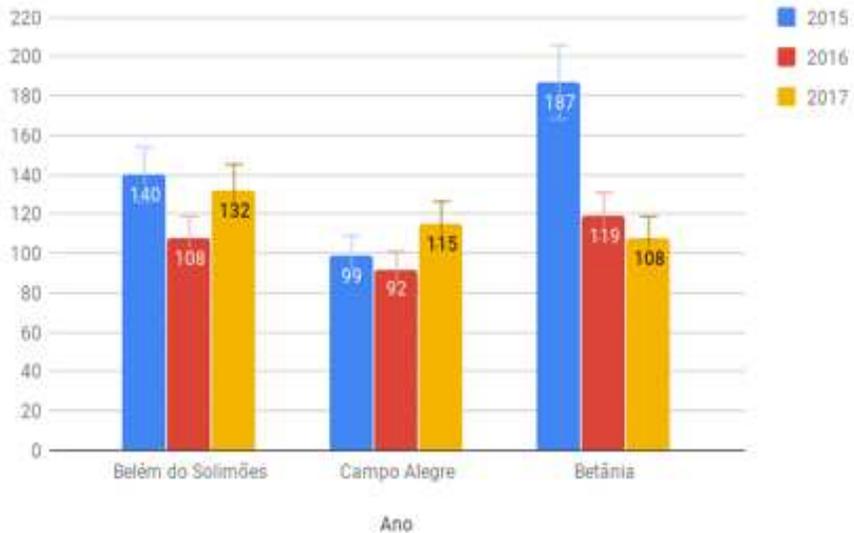


Conforme se verifica na Tabela acima, existe uma diferença importante entre a produção registrada nos três Polos Base, que é explicada inicialmente pela diferença na composição das equipes (número e diversidade de profissionais) e pela adesão à versão implantada em 2013 do SIASI, assim como pela nova metodologia de registro e consolidação de dados implantada com essa versão. Como se descreveu anteriormente, no Polo Base de Belém do Solimões existem 4 equipes, em Vila Betânia são 2 equipes e em Campo Alegre também 2 equipes. Os médicos participantes do Programa, que garantiram a presença desses profissionais nas equipes a partir de 2013, têm rotina de revezamento no campo, sendo de 15 dias alternados com igual período em atividades de formação e em descanso fora da aldeia. A produção registrada no sistema no período anterior ao início do Programa era bastante irregular, apontando uma qualidade precária de registros no SIASI. Posteriormente, o registro se torna regular e as consultas médicas são um bom indicador de qualidade do registro e de oferta de assistência médica associado ao Programa.

O Polo Base de Belém do Solimões é aquele com maior número de registros e, no início da série, apresenta mais de 90% da produção informada. Considerando os dados de consultas médicas e de enfermagem, com o seguimento dos anos, esse percentual reduz com o crescimento dos outros dois Polos Base, com destaque para o crescimento da participação do Polo Base de Betânia, que tem incremento de mais de 50% dos procedimentos a cada ano. No que se refere ao item de consultas médicas, o incremento acontece na medida da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos.

Estudos anteriores já haviam demonstrado o efeito do Programa Mais Médicos na dinâmica das equipes, fazendo com que houvesse nova configuração tecnológica e organização de processos, visível no aumento dos procedimentos realizados e registrados também dos demais profissionais, particularmente dos enfermeiros (Ferla et al., 2016). Ou seja, pode-se constatar que a inserção de médicos do Programa Mais Médicos nas equipes dos Polos Base analisados ampliou o número de consultas médicas, tornou estável a oferta de consultas médicas nas equipes e permitiu a reorganização do trabalho dos demais profissionais para a ampliação das ofertas assistenciais de procedimentos próprios de cada profissão.

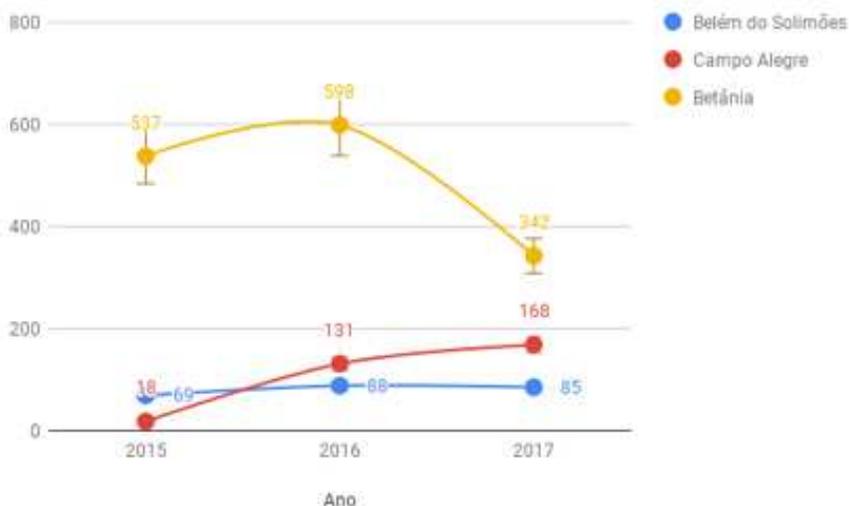
**Figura 06** - Série histórica de número de encaminhamentos de urgência e emergência realizados pelo Mais Médicos (MM), segundo Polos Base, DSEI ARS, Amazonas, Brasil, 2018.



Fonte: DSEI Alto Solimões.

Em 2015, foram 426 encaminhamentos, sendo que Vila Betânia apresentou 43% do total, acompanhado de Belém do Solimões (33%). No ano seguinte, a redução de encaminhamentos totais foi de 25%. Foi observada ainda uma diminuição dos encaminhamentos para urgência e emergência, comparando os dois primeiros anos. A redução foi significativa em Betânia e Belém do Solimões, apresentando 36% e 22%, respectivamente. Essa redução se deve pela atuação dos profissionais das equipes em sinergia com a plena ação de médicos do Programa na resolução de necessidades de saúde de indígenas no nível da atenção primária à saúde. Em 2017, voltou a aumentar os encaminhamentos, devido à redução do número de médicos do Programa em área indígena, em face da demora da substituição daqueles que tinham cumprido o ciclo de três anos, com exceção de Vila Betânia.

**Figura 07** – Série histórica de número de pacientes encaminhados pelo Mais Médicos (MM) para consultas eletivas, segundo Polos Base, DSEI ARS, Amazonas, Brasil, 2018.



Fonte: DSEI Alto Solimões.

Consultas eletivas são procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência. Em relação aos encaminhamentos, são os médicos que expressam a necessidade de dar continuidade no tratamento dos indígenas em centros de referência. O que podemos observar é que existem cenários diferentes para o tratamento integral da saúde do indígena. Enquanto em Campo Alegre apresentava uma tendência de aumento desses encaminhamentos, Betânia expressava uma tendência de queda nos encaminhamentos de consultas eletivas. Em Belém do Solimões houve uma estabilidade de solicitação de consultas eletivas ao longo dos três anos. Esse resultado aponta para a melhoria da resolutividade da atenção básica em dois dos três Polos, sendo que Campo Alegre apresentou características específicas da gestão do trabalho, onde os médicos cubanos finalizaram o ciclo de atividades, que representou um período para substituição de profissionais, que proporcionou, por conseguinte, um aumento de encaminhamentos de consultas eletivas.

Para tornar a análise mais detalhada e as considerações sobre a organização do trabalho nas equipes mais visíveis, será destacado o cuidado em saúde na linha de cuidados à mãe e ao bebê. A denominação de linha de cuidados à mãe e ao bebê, compartilha a compreensão dos estudos que incluem a dimensão micropolítica do trabalho na análise das ofertas assistenciais (Merhy, 2013). A linha

refere-se à atenção oferecida à mulher pelos serviços de saúde, no período gestacional e puerpério, e ao recém-nascido, incluindo a assistência ao parto. Optou-se pela utilização dessa denominação para diferenciar os procedimentos analisados daqueles organizados pela lógica apenas biológico-reprodutiva, mais tradicionalmente designada pela referência da “assistência de pré-natal”, considerando-se, sobretudo, os aspectos culturais envolvidos na gestação e nos nascimentos nas populações indígenas.

## CUIDADO EM SAÚDE NO CICLO MÃE-BEBÊ<sup>2</sup>

A pesquisa analisou dados do cuidado ao ciclo mãe-bebê, considerando consultas de pré-natal e condições do parto. A escolha dessa condição como marca-dora da assistência prestada no sistema de saúde é clássica e, no caso da saúde das populações indígenas, os registros sobre o local do parto (domiciliar, hospitalar, transporte, ignorado) é de preenchimento obrigatório e só foi captado no SIASI a partir de 2013. O tipo de parto (vaginal ocidental, vaginal tradicional, cesáreo e ignorado) e o tipo de acompanhamento (parteira, parente, médico, enfermeiro, AIS, outros) são de preenchimento optativo no SIASI para crianças cadastradas até 5 anos de idade e, também, captados no SIASI a partir de 2013. Importante registrar que há uma relação reconhecida entre a qualidade dos registros e a organização do trabalho de atenção à saúde, sendo a qualidade dos dados e indicadores maior quando os mesmos têm utilização na organização do cuidado e avaliação das equipes e não apenas como finalidade administrativa formal.

A pesquisa de campo observou que os profissionais das equipes dos Polos Base fazem uso cotidiano dos registros, quer para monitorar ofertas de procedimentos ou consumo de insumos, bem como sistematizar perfis de morbi-mortalidade no território. Os profissionais do Programa Mais Médicos recuperam estatísticas demográficas e de morbi-mortalidade nos momentos de entrevista e planejamento, muitas vezes como registro de memória e regularmente nos seus registros pessoais. Ou seja, há uma evidência importante que a qualidade da informação no SIASI também é consequência das mudanças nos processos de trabalho nas equipes, mais visíveis com a chegada dos médicos do Programa.

A tabela abaixo apresenta o comparativo de consultas de pré-natal realizadas em cada um dos três Polos Base estudados e no DSEI como um todo. Como se registrou acima, os dados são coletados no SIASI desde o ano de 2013. Anteriormente, eram coletados e mantidos nos Polo Base, com metodologias de coleta e armazenagem próprias de cada equipe.

**2** - Parte dos dados também foram publicados na Revista Panamericana de Salud Publica (Schweickardt et al.,2020)

**TABELA 02** - Comparativo de número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes e registradas no SIASI, 2013 a 2016, nos Polos Base analisados e no DSEI ARS.

Ano	Número de Consultas de Pré-Natal registradas	Belém do Solimões	Campo Alegre	Vila Betânia	TOTAL DSEI
2013	Nenhuma	217	152	114	1.171
	1-2 Consultas	11	1	10	61
	3-4 Consultas	1	1	1	21
	5-6 Consultas	-	2	-	19
	7 ou mais Consultas	-	-	-	15
	Total Polo Base	229	156	125	1.287
2014	Nenhuma	136	75	65	779
	1-2 Consultas	258	56	86	713
	3-4 Consultas	10	32	22	240
	5-6 Consultas	-	31	5	155
	7 ou mais Consultas	-	19	2	70
	Total Polo Base	404	213	180	1.957
2015	Nenhuma	96	130	42	974
	1-2 Consultas	213	75	77	614
	3-4 Consultas	65	15	68	308
	5-6 Consultas	3	7	23	183
	7 ou mais Consultas	-	3	4	148
	Total Polo Base	377	230	214	2.227
2016	Nenhuma	61	65	29	752
	1-2 Consultas	183	125	39	647
	3-4 Consultas	139	52	53	557
	5-6 Consultas	106	34	56	519
	7 ou mais Consultas	10	13	55	280
	Total Polo Base	499	289	232	2.755

Fonte: SIASI. Data de referência: 31/12/2016.

A tabela acima demonstra uma qualificação importante do pré-natal no período, com o aumento do número de consultas de pré-natal, principalmente nos anos subsequentes ao ingresso dos Profissionais do Programa Mais Médicos. O início da série em análise, no ano de 2013, mostra um padrão nos três Polos de nenhuma consulta de pré-natal realizada em mais de 90% dos nascimentos ocorridos no ano na população de referência de cada Polo Base e do DSEI como um todo. Esse padrão se altera progressivamente, principalmente a partir de 2014, e termina com aproximadamente 13% das gestações nessa condição nos Polos Base de Belém do Solimões e Betânia, aproximadamente 22% em Campo Alegre e 27% no DSEI como um todo. A maior concentração de consultas vai se consolidando na faixa de 1-2 consultas de pré-natal. Os melhores efeitos da mudança do perfil de consultas de pré-natal são verificados em Betânia e Belém do Solimões.

O monitoramento das consultas de pré-natal é uma preocupação grande das equipes e um eixo estruturante do trabalho dos médicos do Programa que atuam nos Polos Base. O monitoramento gera a expectativa de presença das mulheres e crianças nas unidades de saúde nos períodos programados, a busca ativa de mulheres gestantes e de crianças recém-nascidas para os procedimentos de puericultura e a organização do trabalho com abertura às práticas tradicionais. A observação do trabalho médico mostrou um conhecimento muito relevante das rotinas da atenção básica para o cuidado às mulheres gestantes, do parto e do puerpério, também visível nas referências à prioridade do seu trabalho.

A análise do tipo de parto oferecido às mulheres gestantes como estratégia de cuidado mostra resultados similares nos Polos Base analisados em termos de qualidade, considerando as políticas de cuidado para o ciclo mãe-bebê. A tabela abaixo descreve o número de nascidos vivos segundo o tipo de parto, nos três Polos Base e no DSEI como um todo.

**TABELA 03** - Comparativo de número de nascidos vivos segundo o tipo de parto registrado no SIASI, 2010 a 2016, nos Polo Base analisados e DSE ARS.

Ano	Tipo de Parto	Belém do Solimões	Campo Alegre	Vila Betânia	TOTAL DSEI
2010	Cesáreo	-	-	-	-
	Natural Ocidental	-	-	1	23
	Natural Tradicional	13	69	5	152
	Ignorado	327	-	-	1
	Sem Informação	-	128	207	1.982
	Total Polo Base	340	197	213	2.158
2011	Cesáreo	-	-	-	1
	Natural Ocidental	-	-	5	44
	Natural Tradicional	21	81	15	319
	Ignorado	2	-	-	5
	Sem Informação	378	141	241	2.070
	Total Polo Base	401	222	261	2.439
2012	Cesáreo	-	-	-	-
	Natural Ocidental	1	2	5	50
	Natural Tradicional	32	120	29	568
	Ignorado	1	-	-	6
	Sem Informação	392	158	271	2.075
	Total Polo Base	426	280	305	2.699
2013	Cesáreo	-	1	1	6
	Natural Ocidental	1	1	67	184
	Natural Tradicional	255	189	97	1.244
	Ignorado	4	-	-	16
	Sem Informação	148	40	108	1.004
	Total Polo Base	408	231	273	2.454

2014	Cesáreo	-	-	1	8
	Natural Ocidental	1	7	103	218
	Natural Tradicional	341	196	72	1.474
	Ignorado	6	-	-	18
	Sem Informação	71	18	87	887
	Total Polo Base	419	221	263	2.605
2015	Cesáreo	-	-	-	25
	Natural Ocidental	-	3	109	255
	Natural Tradicional	322	192	89	1.516
	Ignorado	5	0	1	14
	Sem Informação	112	38	99	856
	Total Polo Base	439	233	298	2.666
2016	Cesáreo	-	1	1	20
	Natural Ocidental	3	7	117	330
	Natural Tradicional	237	226	105	1.423
	Ignorado	4	-	-	15
	Sem Informação	182	21	80	789
	Total Polo Base	426	255	303	2.577

Fonte: SIASI. Data de referência: 31/12/2016.

Como se verifica na tabela acima, há uma expressiva redução do número de registros com a condição de “ignorado” e “sem informação”, em termos de tipo de parto em todos os contextos analisados. A melhora na qualidade do registro, nesse caso, também representa melhor assistência ao parto por parte da equipe do Polo Base. Como se registrou anteriormente, devido às particularidades dos levantamentos populacionais feitos nas comunidades indígenas e a eventuais variações significativas da qualidade da informação em cada localidade, optou-se por uma análise descritiva dos registros existentes. Ou seja, não há suporte metodológico para inferências sobre variações nos indicadores em cada território analisado. Entretanto, esse não é o objetivo aqui. Na análise pretendida nesse item, a variação dos padrões de registro é o marcador utilizado, interpretando-se o que descrevem das mudanças na organização dos serviços e das equipes e sobre a presença de médicos do Programa.

Conforme se verifica na tabela acima, no período até 2013 a quase totalidade dos partos estava registrada na condição “ignorado” e “sem informação”, oscilando em 2012, de 56% em Campo Alegre até 92% em Belém do Solimões. Concorrem aqui a melhora dos processos de trabalho de registro e a mudança na qualidade da assistência ao parto e puerpério. Como se verifica nos dados da tabela, a partir de 2013 há uma migração importante dos dados para a modalidade ‘parto natural tradicional’ e, também, principalmente em Betânia e no DSEI como um todo, um crescimento importante de partos classificados como “natural

ocidental" e "cesáreos". Os percentuais descrevem variações no período em cada Polo Base e no DSEI ARS e é possível verificar que as tendências de cada um deles se repete nos demais agrupamentos.

Quando se analisa os dados dos registros de local do parto, a maior parte das ocorrências registradas no SIASI até o ano de 2012 foi "ignorado" e "sem informação": em 2012 essa condição estava distribuída com 84% para Belém do Solimões, 56 % para Campo Alegre, 88% para Betânia e 74% para o DSEI como um todo. Com a mudança na metodologia de registro (de opcional passa a ser obrigatório) e a melhora nas condições das equipes (incremento de profissionais e chegada do profissional do PMM), essas condições de registro reduzem drasticamente, oscilando de 4% em Belém do Solimões a 21% em Betânia no ano de 2016.

A qualificação do registro e do acompanhamento faz com que seja alterado o padrão da condição de registro, com o domicílio como o local mais frequente. Há um aumento significativo dos partos realizados na Unidade de Referência em Betânia (45%) e no DSEI como um todo (37%) no ano de 2016. Conforme já registrado anteriormente, na observação do trabalho dos médicos e dos coordenadores dos Polos Base foi possível verificar que a linha de cuidados à mãe e ao bebê é uma prioridade no trabalho que realizam, está fortemente embasada nas recomendações existentes nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e requer interação dos mesmos com os indicadores populacionais para analisar o cuidado ofertado pela equipe e, em particular, pelo médico, assim como para planejar e executar ações de cuidado individual e coletivo.

**TABELA 04** - Comparativo de número de nascidos vivos segundo o local do parto registrado no SIASI, 2010 a 2016, nos Polos Base analisados e DSEI Alto Rio Solimões.

Ano	Local de Parto	Belém do Solimões	Campo Alegre	Vila Betânia	TOTAL DSEI
2010	Domiciliar	14	70	9	160
	Transporte*	-	-	-	-
	Unidade de Referência	1	-	-	25
	Ignorado	2	-	-	5
	Sem Informação	323	127	204	1.968
	<b>Total Polo Base</b>	<b>340</b>	<b>197</b>	<b>213</b>	<b>2.158</b>
2011	Domiciliar	31	79	21	334
	Transporte*	-	-	-	-
	Unidade de Referência	-	-	2	43
	Ignorado	7	-	-	24
	Sem Informação	363	143	238	2.038
	<b>Total Polo Base</b>	<b>401</b>	<b>222</b>	<b>261</b>	<b>2.439</b>

2012	Domiciliar	47	124	31	576
	Transporte*	-	-	-	-
	Unidade de Referência	4	-	5	70
	Ignorado	17	-	1	59
	Sem Informação	358	156	268	1.994
	<b>Total Polo Base</b>	<b>426</b>	<b>280</b>	<b>305</b>	<b>2.699</b>
2013	Domiciliar	254	192	98	1.211
	Transporte	-	-	-	1
	Unidade de Referência	8	3	76	278
	Ignorado	31	-	-	83
	Sem Informação	115	36	99	881
	<b>Total Polo Base</b>	<b>408</b>	<b>231</b>	<b>273</b>	<b>2.454</b>
2014	Domiciliar	336	200	86	1.465
	Transporte	-	-	-	1
	Unidade de Referência	8	5	91	347
	Ignorado	43	1	1	93
	Sem Informação	32	15	85	699
	<b>Total Polo Base</b>	<b>419</b>	<b>221</b>	<b>263</b>	<b>2.605</b>
2015	Domiciliar	355	198	145	1.596
	Transporte	-	-	1	3
	Unidade de Referência	8	1	65	519
	Ignorado	41	-	1	105
	Sem Informação	35	34	86	443
	<b>Total Polo Base</b>	<b>439</b>	<b>233</b>	<b>298</b>	<b>2.666</b>
2016	Domiciliar	371	229	99	1.471
	Transporte	-	-	2	2
	Unidade de Referência	4	10	137	817
	Ignorado	36	-	-	113
	Sem Informação	15	16	65	174
	<b>Total Polo Base</b>	<b>426</b>	<b>255</b>	<b>303</b>	<b>2.577</b>

Fonte: SIASI. Data de referência: 31/12/2016.

**TABELA 05-** Comparativo de número de nascidos vivos segundo o tipo de assistência prestada nos partos registrados no SIASI, 2010 a 2016, nos Polos Base analisados e DSEI Alto Rio Solimões.

Ano	Tipo de Assistência	Belém do Solimões	Campo Alegre	Vila Betânia	TOTAL DSEI
2010	AIS	-	1	-	1
	Médico	1	-	1	25
	Enfermeiro*	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	5
	Parente	-	1	-	1
	Parteira	12	67	4	141
	Ignorado	-	-	-	1
	Sem Informação	327	128	208	1.984
<b>Total Polo Base</b>	<b>340</b>	<b>197</b>	<b>213</b>	<b>2.158</b>	

2011	AIS	-	1	-	2
	Médico	-	-	4	44
	Enfermeiro	-	2	-	2
	Outros	-	-	-	5
	Parente*	-	-	-	-
	Parteira	21	78	16	310
	Ignorado	2	-	-	5
	Sem Informação	378	141	241	2.071
<b>Total Polo Base</b>	<b>401</b>	<b>222</b>	<b>261</b>	<b>2.439</b>	
2012	AIS	-	1	-	2
	Médico	-	-	5	58
	Enfermeiro	1	-	-	5
	Outros	-	-	3	13
	Parente	2	-	1	4
	Parteira	29	120	25	528
	Ignorado	1	-	-	10
	Sem Informação	393	159	271	2.079
<b>Total Polo Base</b>	<b>426</b>	<b>280</b>	<b>305</b>	<b>2.699</b>	
2013	AIS	2	-	-	2
	Médico	5	2	74	239
	Enfermeiro	2	1	3	15
	Outros	3	1	2	32
	Parente	3	-	3	24
	Parteira	239	187	82	1.115
	Ignorado	4	-	-	17
	Sem Informação	150	40	109	1.010
<b>Total Polo Base</b>	<b>408</b>	<b>231</b>	<b>273</b>	<b>2.454</b>	
2014	AIS	1	-	-	1
	Médico	5	5	101	298
	Enfermeiro	4	1	-	11
	Outros	3	-	9	108
	Parente	2	4	4	17
	Parteira	328	193	61	1.260
	Ignorado	6	-	-	19
	Sem Informação	70	18	88	891
<b>Total Polo Base</b>	<b>419</b>	<b>221</b>	<b>263</b>	<b>2.605</b>	
2015	AIS	-	2	-	6
	Médico	5	2	110	418
	Enfermeiro	8	3	-	20
	Outros	25	-	11	135
	Parente	6	1	4	16
	Parteira	275	187	71	1.189
	Ignorado	4	-	-	13
	Sem Informação	116	38	102	869
<b>Total Polo Base</b>	<b>439</b>	<b>233</b>	<b>298</b>	<b>2.666</b>	
2016	AIS	1	1	-	2
	Médico	10	6	128	542
	Enfermeiro	4	3	5	40
	Outros	20	2	32	153
	Parente	19	2	4	33
	Parteira	186	220	53	995
	Ignorado	1	-	-	11
	Sem Informação	185	21	81	801
<b>Total Polo Base</b>	<b>426</b>	<b>255</b>	<b>303</b>	<b>2.577</b>	

Fonte: SIASI. Data de referência: 31/12/2016.



Os registros sobre a assistência prestada ao parto, conforme dados da tabela acima, corroboram com as evidências sistematizadas anteriormente sobre as mudanças na organização do cuidado nos Polos Base e no DSEI Alto Rio Solimões como um todo. Ou seja, verifica-se uma visível qualificação dos registros realizados pelas equipes e mudança no perfil de atendimento. A primeira condição soma efeitos da mudança de metodologia do SIASI e da qualificação das equipes e a segunda condição está associada à melhora no atendimento que se tornou possível a partir da implementação do PMM.

Conforme registrado anteriormente, na observação do trabalho dos médicos na atenção direta às usuárias e na interação com os demais profissionais da equipe, o uso de indicadores provenientes do SIASI e dos registros nos prontuários e registros pessoais é um mediador importante para a análise do cuidado oferecido às pessoas e coletividades. Os profissionais médicos reportam-se às diretrizes das políticas do SUS disponíveis nas unidades, à formação recebida inicialmente ao ingressarem no Programa Mais Médicos e às tendências que sistematizaram empiricamente no cotidiano do trabalho para fazer uso dos indicadores produzidos a partir do SIASI para analisar o seu desempenho, da equipe e para colocar em análise os procedimentos ofertados à população.

Até o ano de 2013, a maior concentração de registros de nascimento estava nas categorias “ignorado” e “sem informação” para o campo referente ao de assistência recebida. A segunda categoria em termos de frequência era a assistência prestada por parteiras, que oscilou no ano de 2012 de aproximadamente 7% em Belém do Solimões e 8% em Betânia, para 20% no DSEI e 43% em Campo Alegre. A partir de 2013, a maior concentração de registros migra para a condição de parto assistido por parteiras. Em 2016, em Belém do Solimões e Campo Alegre os partos assistidos por médicos ou enfermeiros totalizaram entre 3% e 4%, já no DSEI totalizou 23% e em Betânia 44%.

Como se verifica, no período em análise há uma grande qualificação dos registros sobre a atenção à saúde na linha de cuidados à mãe e ao bebê. Há um efeito particular e direto do PMM nos dados sobre o cuidado à mãe e à criança recém-nascida, que é a ampliação das ofertas dos profissionais das equipes e dos registros relativos ao profissional médico, corroborando efeitos já identificados pelo PMM em outros contextos (Ferla et al., 2016; Schweickardt et al., 2020).

O indicador mais forte dessa condição é o aumento do número de partos assistidos por profissional médico nos serviços de saúde, que somente foi possível pela presença do profissional produzida no âmbito do PMM. Entretanto, as evidências do campo empírico demonstram que o aumento da oferta de consultas médicas e

o aumento do registro dos procedimentos ofertados não é apenas consequência, óbvia nesse caso, da disponibilidade objetiva de médicos, pouco disponíveis ou indisponíveis até a implementação do Programa Mais Médicos. Há também uma evidência de qualificação no trabalho das equipes como um todo, produzida pela utilização regular de dados e indicadores na análise, monitoramento e avaliação das ações da equipe e da atenção ofertada para a população usuária.

Analisando a variação dos registros, percebe-se a melhora na vigilância em saúde e no acompanhamento das gestações e nascimentos pelas equipes e pelo profissional médico. Essas variações condizem com as diretrizes do SUS para a atenção às mulheres gestantes, ao parto e ao puerpério. Conforme registrado, os médicos do Programa se reportam frequentemente aos protocolos assistenciais e às políticas específicas para avaliar seu trabalho e para organizar a atenção que oferecem à população de referência do Polo Base. Esse aspecto diferencia-se das referências mais frequentes dos demais trabalhadores das equipes, que reportam mais comumente metas e indicadores utilizados pelo DSEI para avaliar o trabalho das equipes.

Essa mudança na organização do trabalho das equipes é visível pelos usuários dos serviços e lideranças indígenas nas aldeias e, em algumas situações, produz tensões com a cultura tradicional. No caso da atenção à mulher gestante e ao recém-nascido, foi registrada nos grupos focais, na observação direta e em entrevistas com diversos atores que a mudança na organização do trabalho das equipes, particularmente do médico, a indicação de algumas tensões que são reveladoras da reorganização do cuidado e da presença do profissional médico no Polo Base. Destaca-se aqui a assistência à mulher no momento do parto.

Verificou-se acima que há um aumento expressivo no número de partos assistidos diretamente pelo profissional médico e realizados nos serviços de saúde (Schweickardt et al., 2019). Associado a essa condição, há registros de uma queixa relevante de parte das parteiras tradicionais, de alguns agentes indígenas e representantes da população sobre a perda de autonomia quanto aos procedimentos da cultura tradicional associados ao nascimento, principalmente destinação da placenta e rituais associados ao cordão umbilical. Por outro lado, a mudança no local de realização do parto também coloca as parteiras tradicionais, quando participantes da assistência às mulheres gestantes e aos recém-nascidos, fora do seu ambiente e deslocadas das demais atividades regulares que realizam concomitantemente.

Há registros diversos de percepção dessas mudanças quando as parteiras tradicionais afirmam que há prejuízo à assistência tradicional que prestam e, conseqüentemente, que, para manterem sua cultura. Em resposta à essa queixa, que as parteiras estão participando das consultas de pré-natal e do acompanhamento



das gestantes. Um profissional médico entrevistado reconhece essa tensão, que a mesma é produzida como reação ao aumento significativo do número de partos assistidos por ele na unidade de saúde e que a aplicação plena das orientações de assistência à gestação, ao parto e ao puerpério disponíveis no SUS está na origem dessa tensão. Segundo o médico:

A assistência à gestação e ao parto é um ponto de grande diferença entre o que são as orientações dos protocolos e as práticas tradicionais. A equipe do Polo Base tem trabalho integrado na assistência de pré-natal e temos regularmente partos aqui na unidade e monitoramos as gestantes e os partos em todas as aldeias. Mas não é fácil combinar as orientações de assepsia e as práticas das parteiras tradicionais, por exemplo. Não é muito tranquilo incluir no tempo da expulsão do bebê os rituais que cercam o cuidado na cultura tradicional. Temos que conversar mais com as parteiras antes do parto e planejar mais as atividades que cercam o parto (Entrevista Médico).

O depoimento do médico, de origem cubana e com experiência em missões em diferentes países, faz uma síntese do que se observa no trabalho de atenção à mulher gestante e à criança. Há uma mudança importante na organização do trabalho nas equipes com a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos, que se traduz na melhora relevante dos registros e na percepção dos trabalhadores e da população usuária. Parte dessas mudanças gera tensões entre as práticas tradicionais e o cuidado ofertado pelos profissionais das equipes. A tensão representa uma reação da aproximação das culturas e da expansão da abrangência das ações de cuidado dos serviços, mas também demonstra um fator de sobrecarga para as equipes e de necessidade de aprendizagem para os serviços.

Estudos de desenho epidemiológico, com maior abrangência territorial, com registros tratados de forma mais consistente nas bases de dados e com aprofundamento local posteriores poderão analisar associações estatísticas entre fatores organizativos e de desfecho. No desenho atual, com caráter mais descritivo, as conexões entre essas condições ficam apontadas em caráter exploratório e embasadas na combinação entre dados quantitativos e o conteúdo das entrevistas e observações.

## OS PROFISSIONAIS DO PMM E SUA INSERÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DO POLO BASE

Os Polos Base têm uma estrutura de serviços semelhantes, com variações que dependem das relações e parcerias com os municípios e outras instituições como as forças armadas. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar

ou técnico de enfermagem, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), médico, odontólogo, auxiliar ou técnico de saúde bucal e, na região da Amazônia, agentes de endemias e microscopistas. Assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, técnico de patologia compõem algumas equipes de saúde, dependendo das demandas de saúde do Polo Base. Outros trabalhadores de apoio logístico se somam à equipe como o motorista fluvial. O vínculo empregatício da maior parte dos profissionais de saúde, naquele período, é Organização Não Governamental (ONG) Missão Evangélica Caiuá, sendo que os trabalhadores de serviços gerais e segurança são vinculados a empresas terceirizadas ou às prefeituras dos municípios.

Os médicos que atuam nas EMSI são cooperados, com exceção de uma médica indígena, mas todos com formação em Cuba. Os médicos cubanos possuem a especialização de medicina de família e comunidade, sendo que um tem especialização e mestrado em medicina esportiva. Quase todos tem experiência em missões internacionais, como Venezuela, Congo, África do Sul e Haiti. Um dos médicos afirma que *“tinha ideia diferente de como seria uma aldeia, os indígenas são mais ‘civilizados’ do que já havia assistido em documentários”*, mas informa que recebeu orientações no DSEI quanto ao trabalho na saúde indígena.

Os médicos têm períodos quinzenais em área indígena, intercalados com igual período fora de área. Nos dias fora de área, uma parte do tempo é reservada às atividades formativas e de supervisão rotineiras do PMM, sendo o restante destinado para o descanso do profissional. No período em área, desenvolvem predominantemente atividades na Unidade Básica de Saúde, com saídas eventuais para atendimentos domiciliares, como em situações de urgência ou dificuldade de deslocamento. O trabalho desses profissionais inclui o atendimento nas 24 horas do dia para casos de urgência e parto, no ambulatório localizado no próprio alojamento dos profissionais e na transferência para serviços de referência nos municípios próximos.

O **Polo Base Betânia** tem como referência o município de Santo Antônio do Içá, onde estão localizadas três unidades de saúde e uma Casa de Apoio. Nessas Unidades de Saúde, que no período da pesquisa não havia médico, estão lotados enfermeiros e agentes de saúde que também dão suporte a outras áreas de abrangência do Polo Base de Betânia. Nas unidades localizadas em Santo Antônio do Içá, a referência médica para os atendimentos é feita em unidades de saúde do sistema municipal de saúde. Dois agentes indígenas exercem a função de intérpretes no Hospital do Município para mediar os atendimentos realizados para a população indígena com língua Ticuna. Nas localidades mais distantes, ao longo do Rio Içá, as emergências que necessitam de atendimento médico são referidas aos



profissionais lotados no 2º Pelotão Especial de Fronteiras (PEF Ipiranga), localizado na comunidade de Ipiranga, próxima à fronteira com a Colômbia.

Na casa de apoio da saúde indígena do município de Santo Antônio do Içá está lotado o único profissional de Assistência Social, que dá apoio a todos os pontos de atenção do Polo Base Betânia. A casa de apoio ainda tem dois veículos para transporte de pacientes. Alguns trabalhadores são vinculados à Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Içá e estão lotados no Polo de Betânia, em atividades de cooperação, principalmente em relação ao laboratório de saúde pública e às funções administrativas.

Nos dias de observação em campo, não houve deslocamentos para as referências especializadas que necessitavam de acompanhamento médico. A equipe relata que a disponibilidade de apenas um médico em área torna crítica a condição em que há necessidade de acompanhamento em deslocamentos de urgência/emergência e impede a participação do mesmo em viagens para comunidades fora da sede do Polo. Quando há referências para Tabatinga ou para Manaus os usuários são acompanhados e apoiados por outras estruturas do DSEI ARS.

No período da pesquisa de campo em Betânia, apenas um dos médicos estava em área, sendo que o segundo estava no período de recesso e de formação. Observou-se que o processo de trabalho do médico em área é bastante sobrecarregado pela demanda. O atendimento na Unidade de saúde é de livre demanda, sem o agendamento pelos programas prioritários da atenção básica. Nos dias da observação, foram realizadas aproximadamente 30 consultas ao dia nas dependências da UBS, tornando escassas as visitas domiciliares, que se concentraram ao final da tarde, após o fechamento da Unidade. Nesses dias, também houve atendimentos médicos no ambulatório anexo ao alojamento, em horário diverso ao de funcionamento da UBS.

Os três enfermeiros fazem escala de plantão no atendimento da urgência e emergência. O médico é todo tempo porque só é um e é chamado sempre que necessitar (...). Nos 20 dias em área é 24 horas trabalhando. Aqui não tem hora, toda hora é hora" (Entrevista Enfermeira).

Observamos que, com frequência, o médico foi sendo demandado para atendimentos durante os deslocamentos entre a UBS e o alojamento. Na realização do grupo focal, ficou evidente o reconhecimento sobre a acessibilidade aos profissionais do Programa Mais Médicos, considerados excelentes pelos usuários e pelas lideranças. Esta situação coaduna com achados de pesquisa sobre satisfação das pessoas atendidas pelos profissionais do PMM, em que se identificou elevada satisfação com o atendimento dos médicos por parte da população indí-

gena do país (Fontão; Pereira, 2017).

O laboratório da UBS é mantido por um técnico de laboratório contratado pela SESAI e por um microscopista que é contratado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Itá. Os exames do laboratório são realizados por meio de kits de diagnóstico disponíveis no próprio laboratório. Os demais exames de saúde pública têm material coletado (sangue, escarro e outras secreções) e enviados ao Laboratório de Santo Antônio do Itá ou os usuários são encaminhados e acompanhados para a coleta de material e realização de exames no laboratório municipal.

A equipe de saúde do Polo de Betânia registra uma demanda frequente de acidentes de trabalho por quedas, cortes ou acidentes com anzol que geram atendimentos de urgência. Também associa um padrão frequente de demandas na unidade básica de queixas de dores lombares e outras queixas associadas frequentemente às posturas físicas e à carga de trabalho agrícola. Há registros de acidentes com motocicletas, que geram demandas ao serviço de saúde para assistência traumatológico-ortopédica, pois não há uso de material de proteção como capacete.

Importante destacar que o médico entrevistado em Betânia, realizou o seu projeto de intervenção na especialização sobre o tema das doenças diarreicas agudas:

É um dos principais problemas de saúde devido à qualidade da água. Mas não temos casos de encaminhamento de crianças com desnutrição porque as famílias sabem como dar o primeiro atendimento em casa e assistir as primeiras horas e não passam muito tempo com diarreia. Antes tínhamos muitos casos de crianças desidratadas, sendo necessário o encaminhamento. Agora não, nos últimos três meses não foi necessário nenhum encaminhamento. Todos são resolvidos no Polo. Isso se deve muito às palestras que realizamos na comunidade, de educação para a saúde (Entrevista Médico).

A maior parte dos profissionais de formação superior da equipe reside em Santo Antônio do Itá, exceto a Farmacêutica e a Nutricionista, que residem nos municípios da região do Alto Solimões, em Atalaia do Norte e Tabatinga, respectivamente. Essa informação é importante porque contribui para a diminuição da rotatividade de profissionais que marcou e ainda marca a saúde indígena. A alta rotatividade sempre foi uma dificuldade para o provimento e a fixação dos profissionais na saúde indígena (Garnelo et al., 2003; Ferreira, 2013; Martins, 2017). Em relação aos profissionais médicos, pela primeira vez todos os 34 DSEI passaram a ter médicos nas equipes, por conta do PMM (Martins, 2017, p. 39).

Os dois médicos do Polo de Betânia se revezam no trabalho e, portanto, não conseguem se deslocar às comunidades mais distantes porque a maior demanda



está na sede do Polo. Por isso, o ideal era ter dois médicos atuando simultaneamente na área para realizar os atendimentos de modo integral para todas as comunidades. Convém destacar que no período da pesquisa de campo, duas equipes realizaram viagens para as comunidades sem a presença do médico, enquanto a outra ficou na sede realizando as atividades de saúde na UBS.

As viagens assistenciais do Polo Betânia às comunidades são realizadas pelas equipes de saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem e saúde bucal e dentista), menos o médico. Nos dias da observação de campo, as duas equipes estavam presentes no Polo Base, sendo que uma ficou dando suporte na sede e a outra viajou para as comunidades. Durante o mês, as duas equipes se encontram no período de 10 dias para realizar atividades conjuntas, momento importante para a troca de informações.

No **Polo Base Belém do Solimões** o atendimento é realizado nas unidades de saúde instaladas nas 28 aldeias de abrangência. Na aldeia de Belém do Solimões, além dos atendimentos ambulatoriais, visitas domiciliares, e execução dos programas da atenção básica, a unidade lida com atendimentos de urgência e internação em enfermaria, ampliando a complexidade da assistência prestada. Os atendimentos de urgência são realizados em forma de plantão, após o horário de atendimento na unidade<sup>3</sup>.

Nesse Polo as equipes realizam as visitas em todas as aldeias durante os 20 dias da escala, sendo que as comunidades são divididas pelas equipes. Além do trabalho diurno, no qual os enfermeiros e técnicos estão escalados junto com os outros profissionais da equipe, estas duas categorias ainda possuem a incumbência do trabalho noturno, do plantão de urgência e emergência. Os pacientes que ficam em observação recebem medicação intravenosa e são alimentadas no Polo Base.

Os profissionais atuantes em Belém do Solimões relataram como principais problemas de saúde: infecções respiratórias e diarreias, principalmente em crianças, infecções parasitárias, infecções sexualmente transmissíveis, violências (física e sexual) e suicídio. Este cenário que se assemelha com outras referências entre os povos indígenas no Brasil (Basta et al, 2012; Coimbra Jr., 2014; Santos & Coimbra Jr., 2003).

(...) os problemas de diarreia, síndromes respiratórias e parasitoses. A violência é uma questão grave, e me parece que cada dia tá piorando, porque eles tão tendo cada dia mais contato com álcool e drogas (Entrevista Médica).

---

**3** - A dissertação de mestrado de Tais Andrade (2018) detalhou mais as questões de gestão do trabalho no Polo Base Belém do Solimões, sendo uma parte publicada no capítulo de livro (Andrade et al., 2020).

O consumo de bebidas alcoólicas também é referido como preocupante, associado a disfunções alimentares e a distúrbios de comportamento, inclusive a violência interpessoal. Além das respostas individuais dos profissionais de saúde, esse registro também foi obtido na reunião do Conselho Local, sendo reforçado por autoridades locais e pelos representantes das escolas.

É muito problema alcoólico. Lá eles se furam como se fosse algo tranquilo (...). Eles também se automutilam, ferem familiares e tudo (...)  
(Entrevista Médica).

Segundo os profissionais, há uma preocupação importante com os hábitos alimentares da população, pois tem se afastado da alimentação tradicional e de uma alimentação saudável. Os profissionais de saúde, em particular a nutricionista, informam que a incidência de subnutrição na população da comunidade, inclusive na infância e entre os idosos, é muito baixa porque há uma ampliação dos serviços de saúde e de orientações nutricionais dos profissionais de saúde no Polo. Por outro lado, há registro do aumento importante do consumo de alimentos processados, refrigerantes e salgados industrializados. Observamos na pesquisa de campo que há vários estabelecimentos comerciais que vendem refrigerantes e salgados que são expostos para o consumo.

Há muito consumo de frango, muito peixe, mais refrigerante. O consumo de peixe salgado, na pesca do período da seca do lago (novembro). A hipertensão pode estar associada a esse consumo de peixe salgado (Entrevista Nutricionista).

Esta transição nutricional também tem sido considerada, na literatura, a principal modificação que tem levado a ampliação progressiva da hipertensão arterial na população indígena, embora ainda apresente valores abaixo da população em geral ou mesmo ausência deste problema em várias localidades, especialmente as que têm menos acesso ou prática de uso de tais alimentos (Souza Filho et al., 2015).

Em relação ao processo de trabalho da equipe percebe-se que os mesmos, enquanto estão sediados no Polo Base, tem um fluxo intenso de atendimentos ambulatoriais durante todos os horários do dia. Por isso, cada dia um enfermeiro é escalado para permanecer nos atendimentos no Polo, enquanto dois enfermeiros e sua equipe seguem para atendimento nas aldeias de abrangência, e outro realiza visita domiciliar nas áreas da aldeia Belém do Solimões.

A distribuição dos trabalhos a serem realizados pelos médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionista e psicóloga, assim como dos níveis técnicos é realizada pelo enfermeiro coordenador, que organiza o serviço no Polo. Também é de responsabilidade do coordenador produzir a escala de plantões noturnos. Assim como

resolver problemas administrativos, solicitação de medicamentos e insumos, zelar pela manutenção dos motores e barcos do Polo, resolução de conflitos interpessoais, interlocução entre Polo Base e sede do DSEI, além de ser uma referência para a população quando se trata de assuntos de conflitos na aldeia Belém do Solimões.

a gente trabalha aqui no polo de segunda à sexta das 7:30 às 11:30 e das 13:30 as 17:30. e tem o regime de plantão que é das 19:00 horas às 07:00 de acordo com o dia da escala de plantão de cada enfermeiro, junto com o técnico e o médico [...]. sábado e domingo tem os plantões diurno e noturno, que divide sempre os enfermeiros e o médico, e o técnico, com técnico de laboratório. a gente fica mais na assistência quando tá no polo base, e mais com a parte de processo de trabalho durante a visita às comunidades. por que não só tem o dia a dia aqui em Belém do Solimões, como têm as 27 aldeias distribuídas (entrevista enfermeira).

O Polo Belém do Solimões, no momento da pesquisa, tinha dois médicos: uma brasileira, da etnia Tukano, formada em Cuba; e outro cubano. No segundo ciclo, foi contratada uma médica brasileira (com CRM) para trabalhar nesse Polo, mas não retornou ao trabalho depois da sua primeira folga. Os dois médicos que permaneceram no Polo se revezavam em 15 e 15 dias, tendo que permanecer somente na sede do Polo. No primeiro ciclo do PMM foram alocados 4 médicos devido ao quantitativo populacional da comunidade (em torno de 6 mil pessoas e 11 mil adscritos ao Polo). Assim, o profissional médico estava atendendo até 50 pessoas por dia, impossibilitando a realização das visitas domiciliares na comunidade. Apesar dessa carga de trabalho, segundo o AIS, o PMM melhorou a saúde indígena.

Melhorou. Quando o médico tá aqui ele atende muitos pacientes, porque aqui tem 6 mil e poucos habitantes, só aqui em Belém. Aí como a demanda é muito grande, porque a população é muito grande, ele atende as vezes umas 50 pessoas. Todo mundo que vem aqui pra consultar é atendido, porque o médico cubano trabalha (Entrevista AIS).

No **Polo Base Campo Alegre** o planejamento das ações é realizado quando as duas equipes se encontram no território. Nessas reuniões é elaborado o cronograma de atendimento médico, odontológico e de enfermagem, prevendo não apenas os atendimentos na UBSI, mas também nas comunidades que compõem o Polo.

A UBSI faz o atendimento segundo os programas da atenção básica, com exceção das segundas-feiras que são de livre demanda. As vacinas são realizadas no Polo Base. As visitas para atendimento nas 09 comunidades adjacentes ocorrem quando as duas EMSI estão em área. Assim, uma fica na sede no Polo Base enquanto a outra faz os atendimentos nas comunidades. As visitas são realizadas pelo odontólogo, nutricionista, enfermeiro e técnico de enfermagem. O médico acom-

panha somente algumas aquelas visitas em que sua atuação é imprescindível, para que a sede não fique sem a presença do profissional.

A EMSI procura responder às demandas por atendimento de saúde no Polo, inclusive os casos de urgência e emergência. Somente quando se esgotam as possibilidades, os usuários são encaminhados, inicialmente para a sede do município São Paulo de Olivença, e, para situações mais graves, são encaminhados para o município de Tabatinga ou para Manaus. São Paulo de Olivença não possui uma Casa de Apoio à Saúde Indígena, como Tabatinga, que dispõe de enfermeiro, nutricionista na qual e o paciente pode ficar, quando por exemplo, após receber alta do hospital, mas não pode voltar para o seu local de origem imediatamente.

Os profissionais relatam que os principais problemas de saúde são as doenças do sistema respiratório como pneumonia, gastrointestinais parasitárias como a diarreia, doenças reumáticas e alguns casos de malária e filariose. A enfermeira identifica outras questões:

Nossa preocupação maior é com os menores devido a mortalidade infantil, dependendo da época do ano as doenças que mais prevalecem é a pneumonia e a diarreia. Nós tínhamos malária, mas já diminuiu bastante, pois antigamente eram mais de 300 casos anuais, hoje são 13 ou 14. Quanto aos adultos tem bastante problema com hérnia. Acho que é devido ao excesso de trabalho na roça, ainda artrose e osteoporose (Entrevista Enfermeira).

O diagnóstico realizado no Polo de Campo Alegre é principalmente clínico, sendo encaminhadas para São Paulo de Olivença as requisições de exames complementares. As requisições são levadas pelos técnicos de enfermagem quando acontece alguma remoção de pacientes para o município, bem como nos momentos de entrada ou saída de profissionais em área. Após o agendamento, os usuários são transportados pela embarcação do Polo, um motor 90 HP, numa viagem que dura em média 45 minutos. Os profissionais destacam que há resistência dos indígenas, principalmente quando se trata de crianças, para realizar os exames devido às questões culturais.

O médico do Programa Mais Médico, no período da pesquisa, estava entrando para a jornada de 15 dias. Foi observado que o médico é muito requisitado, sendo acionado por outros profissionais para realizar alguns atendimentos de emergência. Foi notória a preocupação do médico no envolvimento dos demais colaboradores da equipe no cuidado:

O meu ritmo é esse, sou chamado por várias vezes para ir à casa dos indígenas. Faço o que posso e realizo muitos procedimentos que nos



faz evitar de levar o indígena até a cidade (...). Foram alguns procedimentos de média gravidade resolvido por mim aqui no Polo.

Normalmente o final de semana é mais intenso. Alguns indígenas procuram por uma comunidade de branco localiza aqui perto, Santa Rita, lá se comercializam bebidas alcoólicas e quando retornam também trazem os problemas para eu resolver. São casos de violência, normalmente (Entrevista médico).

É importante destacar que em conversas, entrevistas, observações e reuniões, como a do Conselho Local no Polo Betânia, escutamos diversas manifestações que ressaltam a importância do Programa Mais Médicos. Os profissionais da equipe, lideranças locais e gestores do sistema de saúde no Polo foram unânimes em registrar que o Programa Mais Médicos alocou, pela primeira vez, de modo permanente, médicos no território. Lideranças indígenas e Agentes Indígenas de Saúde (AIS), com atuação mais antiga no Polo, informaram a existência, anteriormente ao Programa, de profissionais médicos nos serviços de saúde do Município e de missões religiosas e militares, em caráter episódico e por períodos muito curtos, impossibilitando qualquer ação de atenção à saúde mais permanente ou que superasse a assistência imediata a doenças.

A constatação acima se aproxima dos achados de pesquisa realizada, em 2014, com 613 indígenas assistidos pelo PMM, de 43 grupos étnicos, em que se identificou que 47% deles afirmaram que a equipe de saúde que atende a comunidade não era composta de médico antes do início do PMM, e 28% dos entrevistados afirmaram ter ficado mais de um ou de dois anos sem médico (Fontão; Pereira, 2017). A itinerância episódica dos profissionais médicos gerava sobrecarga no trabalho dos demais profissionais, que por especificidade de demandas passavam a se ocupar de ações assistenciais médicas ou de processos de encaminhamento aos serviços com esse profissional, diminuindo a resolutividade da atenção à saúde possível no território.

Percebemos nos três Polos Base a sobrecarga de trabalho da equipe porque necessitam estar em prontidão durante as 24 horas do dia. A enfermagem ainda tem a função de organizar o processo de trabalho, realizar a assistência e organizar a logística necessária para as viagens em área ou deslocamentos para a sede os municípios ou do DSEI. Desse modo, há um acúmulo de estresse que um dia de descanso (domingos) não resolve totalmente porque todos permanecem em área num mesmo local de residência, dividindo os quartos com colegas de trabalho.

Observamos que uma das condições de sobrecarga é relativa à tensão com as competências profissionais regulares, na medida em que são necessárias atividades fora do núcleo de cada profissão para a manutenção regular do trabalho (ma-

nutrição de equipamentos e instalações, operação de máquinas e motores, entre outros). Também há sobrecarga por decorrência das condições físicas e tecnológicas de realização do trabalho, com o ambiente produzindo sofrimento sobre os operadores. Além de consequências sanitárias, essa é uma condição de estresse e sobrecarga de trabalho, reivindicando dos trabalhadores um investimento subjetivo muito grande, em particular por permanecerem longos períodos (jornadas de 15 a 20 dias ininterruptos) integralmente nessas condições.

A análise das condições e da carga de trabalho do profissional médico, bem como da organização do trabalho na atenção à saúde nos Polos aponta para a insuficiência no dimensionamento da disponibilidade de profissionais médicos. Essa constatação também se embasa na percepção dos profissionais das equipes, dos gestores locais e das lideranças da comunidade, que referem a necessidade de mais profissionais. O número maior de médicos permite intercalar o regime de sobreaviso de 24 horas para todos os dias da quinzena em campo, revezamento de consultas e demais atividades nas comunidades próximas à Unidade, além da presença de médico nas viagens assistenciais para as comunidades distantes.

No aspecto micropolítico do cuidado, a pesquisa destacou algumas características dos profissionais médicos atuantes no Programa, como a disponibilidade para o diálogo com os saberes tradicionais, a interação no trabalho em equipe e a disponibilidade para compartilhar o trabalho necessário no contexto. Nesse sentido, uma grande capacidade de produção de vínculo por parte dos médicos cubanos envolvidos no PMM tem sido identificada como um diferencial, relacionado às especificidades de sua formação e a uma subjetivação singular operante na constituição deste ator no contexto cubano (Gomes, Merhy, Ferla, 2018; Garcia JR, 2017; Gomes, 2016).

Convém ressaltar que a figura do médico passou a ser frequente na equipe a partir do Programa Mais Médicos. Segundo os AIS entrevistados, o médico somente vinha esporadicamente e fazia exclusivamente atendimentos. Não morava na comunidade e raramente viajava com a equipe para as aldeias mais distantes. Com os profissionais do PMM, há permanência do médico na equipe, além do acompanhamento nas viagens para as aldeias naqueles Polos Base onde existe mais de uma equipe atuando simultaneamente.

Quando não tem mais médicos é muito difícil aqui. Antes do Programa Mais Médicos não tinha médico aqui, só enfermeiro fez morbidade, fez tudo. Na falta de médico, os enfermeiros faziam sutura, faziam tudo. (...). Aí quando veio os médicos do programa, ajuda muito, porque trata o que tem que ser tratado aqui mesmo (Entrevista AIS).

Conseguimos dispor de um atendimento médico para aldeias que desde a época da criação dos DSEI nunca tinham recebido um médico, atender indígenas que nunca haviam passado por uma avaliação médica, e aqui a gente tem conseguido colocar os médicos para trabalhar dentro da aldeia. Com o trabalho que eles realizam a gente consegue impactar diretamente na melhoria dos indicadores de saúde (Entrevista Gestão DSEI).

Os médicos cubanos têm um maior cuidado em fazer uma avaliação destes pacientes. Não que um seja melhor que o outro, mas o profissional que avalia o paciente e toca o paciente consegue ter uma afinidade maior com o paciente. E é isso que a gente ouve da população indígena. Quando eles sabem que tem médico saindo em final de missão sempre questionam: os próximos médicos que virão, vão ser cubanos? A maioria dos indígenas tem uma aprovação muito grande pelos médicos cubanos (Entrevista Gestão DSEI).

A rotatividade dos profissionais de saúde é uma problemática para as comunidades, pois o desconhecimento sobre o cenário local e as especificidades culturais torna-se uma grande limitação para o vínculo longitudinal na atenção à saúde. Embora isso possa estar relacionado às dificuldades de se atuar em áreas remotas, não podemos deixar de colocar a hipótese de ser resultado dos vínculos empregatícios precários que caracterizam a contratação dos profissionais que atuam em áreas indígenas. Portanto, foi visto como fator positivo a permanência dos médicos do PMM, pois mesmo tendo um tempo predeterminado de permanência, este se apresenta bastante superior ao período vivenciado no passado.

O trabalho na saúde indígena é vivido com muita intensidade devido as suas características específicas, “gerando conflitos e tensões de ordem cultural, emocional e laboral”. Isso significa que os “profissionais precisam dialogar com outras práticas e reconhecer diferentes formas de trabalho”. Segundo uma profissional, “trabalhar na saúde indígena é um verdadeiro choque cultural” (entrevista Psicóloga). Portanto, a atuação e vivência dos profissionais na área indígena são marcadas pela interculturalidade (Martins, 2017, p.23). O importante não é naturalizar essa relação intercultural, mas construir caminhos que produzam relações menos assimétricas e mais inclusivas no processo de trabalho e do cuidado (Schweickardt et al., 2019).

## ETNICIDADE E INTERCULTURALIDADE NO CUIDADO

No campo da saúde indígena há uma pluralidade de saberes a depender de cada aldeia e etnia, portanto compreender os diversos saberes que há no contexto da saúde para esta população é importante para o aprimoramento de práticas voltadas a uma atenção diferenciada. Há um conjunto de práticas tradicionais do

cuidado em saúde, incluindo os pajés, parteiras e diversos especialistas em plantas e recursos naturais. Não obstante, as práticas indígenas de produção de cuidado têm sido sistematicamente silenciadas e sua ausência tem sido produzida pelas formas hegemônicas de se estruturar o trabalho em saúde no Brasil (Moebus; Merhy, 2017).

Apesar da PNASPI não aprofunda o conceito de interculturalidade na atenção à saúde para as populações indígenas, sob a luz da atenção diferenciada, esta política compreende as especificidades culturais, geográficas, econômicas e sociais (Ferreira, 2015). A Política reconhece que as ações de saúde ignoraram os valores e as práticas sobre a saúde, doença e cura dos povos indígenas. Entende que “os sistemas tradicionais de saúde” que se “apresentam numa grande diversidade de formas”, que considera “as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o meio natural”, continua sendo um “recurso precioso para a preservação ou recuperação da saúde” (Brasil, 2002, p. 8). Desse modo, a PNASPI traz diretrizes importantes para contemplar a construção de uma saúde diferenciada: a formação dos recursos humanos que atuam na saúde indígena; e a articulação entre os serviços de saúde com os sistemas tradicionais indígenas.

Observamos em campo que essas diretrizes ainda permanecem como desafios para alcançar uma saúde diferenciada, mas identificamos alguns sinais de incorporação e o diálogo entre os diferentes modelos de saúde. Quanto à formação, há necessidade que a educação permanente esteja presente como uma estratégia de gestão do trabalho, ou seja, que o trabalho esteja colocado como objeto de formação e de mudança.

A intermedicalidade é uma prática comum entre a sociedade e se amplia ao se tratar de comunidades indígenas, articulando várias formas de autoatenção, sendo a utilização das plantas um dos primeiros itinerários reproduzidos nos domicílios destes (Pontes et al., 2018; Scoppel et al., 2015). A articulação de saberes e práticas entre os serviços de saúde oficiais e os tradicionais é uma questão relevante na análise, já que implica na avaliação do desenvolvimento de um modelo voltado a uma atenção diferenciada. Ferreira (2015, p. 221) alerta que a atenção diferenciada é mais do incorporar as práticas tradicionais no sistema oficial de saúde, mas é necessário criar as condições para que “as práticas indígenas de autoatenção” pudessem estar articuladas às “rotinas dos serviços de saúde”.

Neste sentido, foi observado diretamente e analisado a partir dos registros de entrevistas que essa articulação se dá por justaposição, mesmo que reconhecendo a existência de saberes e práticas indígenas. Os profissionais reconhecem a existência e o valor dessas práticas no território, que devem ser respeitadas, por recomendações da Política de Saúde indígena e incentivados pela gestão, garantindo

um modelo de atenção diferenciada nas ações de saúde. No entanto, entendemos que essas questões podem ser problematizadas nos diferentes espaços de formação, nos encontros com o controle social, nas reuniões de planejamento das ações e nos espaços de diálogo com a comunidade e com as lideranças.

Menendez (1992) considera que os modelos de diferentes grupos sociais para buscar formas de prevenir, diagnosticar, tratar ou aliviar um problema de saúde, sejam considerados no processo do autocuidado do indivíduo e população, desconstruindo o modelo médico hegemônico, o qual exclui qualquer outra forma de ideologia e práticas alternativas. A desconstrução do modelo biomédico para a construção de modelos que possam ser mais híbridos ou compartilhados entre os saberes nos parece ser o maior desafio da saúde indígena.

Destacamos algumas experiências observadas nos três Polos Base que auxiliam no debate sobre a interculturalidade no contexto do trabalho em saúde. Assim, identificamos a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), as práticas das parteiras e a atuação dos pajés na vida da população indígena. Buscamos apresentar algumas falas que nos mobilizam para a análise das relações, sem ignorar as tensões e os conflitos em relação as visões de mundo.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) têm um importante papel nas conexões entre o serviço e a população e seu território, e no desenvolvimento de outras atividades com natureza singular. Estes atuam na tradução linguística, mas também cultural, nos fluxos de comunicação que compõem os atendimentos realizados por profissionais dos serviços. Nesse sentido, se constitui a produção de hibridizações culturais entre os saberes tradicionais e os saberes biomédicos na população e na gestão dos itinerários de cuidado dos usuários dos serviços. Os agentes indígenas também possuem uma atuação ativa nos espaços de participação social na saúde e em outras políticas públicas.

Além dessa atuação singular, constatou-se uma aproximação dos AIS com os médicos, seja nas visitas domiciliares ou na produção de mediações culturais no cuidado às pessoas.

O trabalho do AIS é o mais importante da saúde indígena. Gosto muito que participam da consulta comigo, pois podem aprender e também porque nos ajudam a traduzir. Esse intercâmbio com eles é muito importante porque conhecem a população. Eles nos avisam de pessoas que precisam ser visitados (Entrevista Médico).

O médico demonstra preocupação em articular culturalmente os saberes biomédico e tradicional como forma de adesão ao tratamento e como forma de pre-

venir consequências das doenças.

Sempre respeitamos a cultura indígena. Creio que tem a consulta médica e creio que tem a religião que eles seguem. Não interfere nada no trabalho. Acontece quando visitamos a família e não estão consumindo um remédio indicado, aí conversamos com muita paciência. Por isso, procuro iniciar com remédio caseiro primeiro. Acredito muito na medicina natural que eles conhecem (Entrevista Médico).

A articulação de saberes, com diversas estratégias e graus de tensionamento, é um efeito relevante da organização do sistema de saúde indígena. Foi observado nos três Polos observadas que o AIS e o técnico de enfermagem, desempenham o relevante papel não somente de tradutor da língua Ticuna, mas também como um intérprete que estabelece uma comunicação intercultural.

Há um processo de interpretação das informações que são repassadas de uma língua para outra, pois não há uma simples tradução de palavras, mas uma interpretação de concepções culturais e cosmovisões que estão presentes no ato de falar. A comunicação no contexto intercultural representa um dos critérios no alcance da acessibilidade, integralidade e resolutividade sob a perspectiva da atenção diferenciada na saúde indígena.

Observamos que os profissionais de saúde não falam e não entendem a língua Ticuna, com poucas exceções, como os dois dentistas do Polo Betânia que são indígenas e a médica do Polo Belém do Solimões, da etnia Tukano que entende um pouco. Por outro lado, encontramos disposição dos profissionais em falar algumas palavras e trocar saudações na língua indígena. Há um entendimento dos profissionais que entender a língua Ticuna ajudaria muito na compreensão das concepções de saúde e doença da cultura.

Em relação à diferença de idiomas entre os profissionais cubanos e a população local, observamos no campo que gera menos dificuldades para a comunicação do que o choque entre as figuras linguísticas da cultura biomédica, mesmo quando a fala dos diferentes profissionais é em português. Nesse sentido, a preocupação com a comunicação - seja em profissionais com domínio da língua portuguesa ou espanhola - precisa considerar a compreensão do usuário.

As consultas de saúde têm o apoio dos AIS e dos técnicos de enfermagem indígena que se organizam em uma escala para auxiliar na tradução do atendimento do usuário. Ao acompanhar um atendimento, observamos a seguinte dinâmica: médico, usuário e tradutor se encontram no consultório. O usuário já passou pela triagem e aguarda ser chamado na recepção, sendo chamado pelo AIS. O médico

fala diretamente com o usuário sobre a sua condição de saúde, o tradutor pergunta em Ticuna, o paciente responde na mesma língua. A dinâmica da consulta segue em diversos momentos de pergunta-tradução-resposta-tradução. Depois das perguntas, o médico examina o usuário e dependendo da queixa, faz novas perguntas. Em seguida, escreve no receituário as orientações e a medicação, que é lido em português, sendo traduzido pelo AIS ou técnico. Em alguns momentos, o tradutor pergunta ao médico sobre a dosagem e voltam a traduzir para ao usuário. O médico pergunta ao usuário se entendeu as orientações e reforça algumas coisas, que é novamente traduzido. Por fim, o paciente passa na farmácia, onde é feita uma tradução sobre as orientações quanto ao medicamento. O tempo da consulta é maior porque envolve não somente a tradução, mas também porque há um esforço na escuta e na compreensão da queixa, realizando diferentes perguntas que estão relacionadas aos hábitos, comportamentos e acontecimentos recentes.

Nas visitas domiciliares, o AIS também faz o papel de intérprete, facilitando a interlocução dos usuários com a equipe. Esse papel de intérprete cultural contribui não somente com o entendimento das questões médicas, mas com a realização de mediação entre as concepções culturais presentes nas diferentes culturas colocadas em diálogo. Como estão numa região de fronteira, há outras culturas que se cruzam para além do Ticuna e do não-indígena. Assim, a interculturalidade se constitui num processo de interpretação dos processos de saúde-doença-cuidado, que se manifestam no contexto da saúde diferenciada.

As sociedades indígenas num processo interétnico também incorporaram noções, concepções e práticas biomédicas do mundo não indígena. No entanto, isso não significa a simples apropriação dos conhecimentos biomédicos sem uma intermediação da cultura. Inclusive os medicamentos podem representar aos AIS uma relação de saber/poder, conferindo prestígio social por dominarem os remédios dos brancos, mesmo sabendo manejar as plantas e remédios caseiros (Garnelo, 2003).

Para além dos profissionais inseridos na EMSI, no contexto da saúde indígena, especialistas indígenas (parteiras, pajés, rezadores, curandeiros) têm um papel fundamental no processo saúde-doença desta população. “No entanto, esses saberes e práticas foram sistematicamente silenciadas pelo processo de colonização que se iniciou no século XVI, mas que continua exercendo a sua influência no cotidiano da vida nas comunidades” (Schweickardt; Silva; Ahmadpour, 2020, p. 15). Cada grupo social determina seus próprios métodos terapêuticos e seu itinerário terapêutico. A seguir apresentaremos a relação da equipe com as parteiras e os pajés no cuidado à saúde.

As parteiras indígenas são integrantes importantes da sociedade Ticuna porque estão associadas ao ritual de dar nome e a inserção das pessoas na socieda-

de através do clã. No Polo Belém do Solimões, como observamos na tabela 04, a maioria dos partos realizados são domiciliares e realizados por parteiras. Segundo relato de membros da equipe, os profissionais somente são acionados em caso de complicações. Estes relatam que realizam reuniões constantes com as parteiras para o planejamento do cuidado à gestante. Além dos partos domiciliares, alguns realizados nos Polos Base também são acompanhados pelas parteiras.

Nos últimos anos tem melhorado muito o contato com as parteiras, agora já me permitem fazer o exame físico completo da gestante, incluindo as partes íntimas que antes não deixavam (Entrevista Médica).

As parteiras acompanham consulta do pré-natal, juntamente com a enfermeira, e tem uma comunicação com elas. Tem diminuído o parto hospitalar, não se faz tanto parto hospitalar. Temos feito muito parto com elas nas casas. Temos pedido para nos informar e nos procurar quando fazem o parto domiciliar para evitar complicações. No tempo que estamos trabalhando aqui não houve morte materna (Entrevista Médico).

A relação entre as parteiras e a EMSI não é livre de tensão, como por exemplo, no Polo Betânia, na conversa do grupo focal e nas entrevistas, as parteiras se queixaram que não estão tendo participação na realização dos partos no Polo ou no hospital do município de Santo Antônio do Içá. Ainda mencionaram o fato de que o médico e equipe encaminham a maioria das grávidas para a maternidade do município. Com isso, as parteiras lembram que não é mais possível fazer o ritual do cordão umbilical que é cortado pelo padrinho. Por diversos motivos, a atuação das parteiras e as tensões provocadas pelas suas práticas com a maneira biomédica de assistir ao parto estão presentes, ainda de modo relevante, em diversas localidades na região norte, não apenas em áreas indígenas (Schiffler et al., 2016; Santos; Silva; Merhy, 2016; Pereira et al., 2016).

Mais recentemente, a equipe de saúde do Polo Betânia tomou a iniciativa de convidar as parteiras da comunidade para acompanhar as consultas de pré-natal. Além disso, a enfermeira entrega uma relação das gestantes para que sejam acompanhadas pelas parteiras. Essa medida é consequência de um importante trabalho de valorização das parteiras realizado pela coordenação da saúde da mulher do DSEI. Em 2018 e 2019 foram realizadas três oficinas de trocas de saberes das parteiras tradicionais na região do Alto Rio Solimões, envolvendo parteiras indígenas.<sup>4</sup>

---

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



Os profissionais de saúde informaram que é possível a presença dos padrinhos no parto, mesmo sendo hospitalar, para dar o nome à criança. Alguns informantes lembraram que em Tabatinga, na Unidade de Pronto Atendimento - UPA e Maternidade, há uma sala de parto indígena em que o padrinho pode acompanhar e dar o nome à criança.

As lideranças indígenas, no grupo focal, afirmam que as doenças surgiram na relação com os brancos, com o madeireiro, pescador, fazendeiro, trazendo doenças como AIDS e catapora. Há as doenças de índio que são constituídas por coisas simples e podem ser tratadas por remédios caseiros. Os pajés tratam de doenças como a mãe da água e picada de cobra. “É um homem sagrado e sem ele o povo seria mais frágil, traz esperança para o povo” (Grupo Focal com lideranças).

Os pajés na cultura Ticuna têm uma posição ambígua, podendo tanto produzir o bem como o mal, podendo curar ou matar, ser o “feiticeiro” ou “curador”. O feiticeiro tem seu poder reconhecido pela comunidade, podendo ser alvo de vingança e de inveja pelo poder que tem. No entanto, “os indivíduos, de modo geral, rejeitam a denominação de ‘feiticeiro’ e se autodenominam pajés, dizendo-se incapazes de enfeitiçar alguém, tendo recebido apenas o dom da cura” (Erthal, 1999, p. 114).

Nas entrevistas, os profissionais de saúde informaram que a população indígena procura primeiramente o Pajé para os tratamentos de saúde.

Há muita influência de pajés, das demais religiões, dá pra fazer parcerias, muitas vezes os indígenas priorizam o tratamento com pajé do que o médico. (...) não é algo geral, mas acontece muito. As vezes tem que fazer atendimento, mas temos que esperar o tratamento do pajé terminar, daí pedimos permissão para começar (Médico do PMM).

Há um entendimento que o pajé é “o único com poder de curar doenças e infortúnios cuja causa seja definida a nível mítico, o que equivale a dizer que ‘dentro de sua teoria etiológica, o xamã é o único capaz de curar a causa última’” (Langdon apud Erthal, 1998, p. 115). Sendo assim, o “xamanismo tem sido de vital importância na manutenção da visão de mundo desses grupos, assim como de sua identidade étnica” (Jara; Castaño apud Erthal, 1998, p. 115). Apesar da presença, de caráter mais permanente, de uma política de saúde na área indígena, os pajés permanecem com uma referência importante para aquelas doenças e problemas relacionados ao domínio da mitologia e cosmologia indígena.

Foi relatado pelos entrevistados que a pajelança é uma prática frequente em comunidades maiores, como em Belém do Solimões, sendo independente da etnia.

A gente hoje ainda vê que a população indígena, na maioria das vezes, adoeceu, procura o pajé. E aí dependendo de como que é essa conversa da equipe com o pajé, e de como o pajé entende como vai fazer o tratamento dele, aí ocorre o impacto. Porque muitas das vezes o pajé, se for criança, ele avisa que a vai fazer um tratamento de uma semana, só que durante essa uma semana a equipe não vai poder trabalhar nessa criança. Não vai conseguir realizar o tratamento na criança. E a gente sabe que uma criança com desnutrição há uma semana, com pneumonia, com diarreia, é uma semana que leva a uma condição de saúde muito crítica. E aí o que se faz é pegar a criança e referenciar porque dentro do que a gente tem no Polo, a gente não consegue dar o seguimento na aldeia (Entrevista Gestão DSEI).

Segundo a fala acima, as relações entre as atividades de cura do pajé e da equipe de saúde podem gerar tensões. No entanto, também há relatos dos profissionais que o pajé é acionado pela equipe para realizar a pajelança na unidade de saúde, mas nem sempre o convite é aceito pelos pajés. O tratamento do pajé faz parte da cultura e da crença, fundamentado na noção de eficácia xamânica. O pajé também pode ser um mediador importante dos saberes entre o usuário e a orientação alopática do médico (Dias da Silva, 2010).

Os xamãs realizam “uma luta constante para manter as manifestações do caos sob controle e possibilitar a continuidade dos cosmos” (Garnelo, 2003). A figura dos pajés é importante no contexto cultural indígena porque é aquele que faz a intermediação entre diferentes mundos para realizar a explicação e a cura das doenças, colocando ordem na vida social. Os xamãs exercem um poder simbólico, nos termos de Bourdieu como “um poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exerçam” (1998, p. 8). O poder simbólico é, portanto, “um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem, um sentido imediato do mundo, em particular do mundo social” (1998, p. 9). Essa interpretação de mundo pelo pajé permite se distinguir das demais práticas, especialmente do saber médico, garantindo um poder na “disputa” de interpretações sobre a doença e o processo de cura.

Na relação entre a EMSI e as parteiras e os pajés, observamos que há tentativas de negociação, principalmente quando envolve o parto, nutrição, prevenção do suicídio dentre outras questões relacionadas com a saúde e doença. Como relata um enfermeiro:

Eles (os indígenas) preferem ir ao pajé primeiro do que vir aqui com a gente. E a gente respeita, até certo ponto. Quando a gente vê que tem risco à saúde, principalmente quando é criança, aí a gente intervém de outra forma. A gente chama liderança, cacique, conselheiro local, etc (Entrevista Enfermeiro).



Ano passado a gente começou a adotar muito essa aproximação com as parteiras, justamente por conta dos óbitos (...) de vez em quando reunimos para falar sobre o parto, os distúrbios do parto. Distribuimos luva, clamp. Falamos da parte da assepsia do local do parto. Esperamos que no futuro a gente consiga diminuir os óbitos relacionados ao parto, ou à demora na procura do serviço de saúde (Entrevista Enfermeiro).

Sobre a relação da comunidade com as parteiras, a profissional médica relata:

(...) é o mesmo caso da pajelança, as mulheres vão primeiro lá com as parteiras. Nos últimos anos tem melhorado muito o contato com as parteiras. Agora já me permitem fazer o exame físico completo da gestante, incluindo as partes íntimas que antes não deixavam. Acho que por eu estar há 2 anos lá. Isso melhorou (Entrevista Médico).

Percebemos a existência de uma articulação entre saberes biomédicos e práticas tradicionais. O padrão mais visível é a tentativa de fazer o híbrido, representado pela percepção de diferenças e pela aceitação de certas composições, com iniciativas de inclusão das parteiras, por exemplo, nos processos de cuidado da gestante (Schweickardt et al., 2019). Por outro lado, também é visível um padrão mais tenso, em que as racionalidades de ambos os campos estão em um nível mais intenso de articulação, gerando deslocamentos culturais. No entanto, identificamos a incorporação de alguns valores dos saberes biomédicos por parte dos AIS e técnicos de enfermagem, como o esforço dos profissionais de saúde na inserção de práticas tradicionais.

A interculturalidade traz em si um campo de lutas simbólicas, com relações de poder, que, na maioria das vezes é assimétrica, e que pode representar uma forma de fazer a gestão das diferenças étnicas e culturais (Ferreira, 2015). No entanto, entendemos que as disputas discursivas e interpretativas estão presentes no ato do cuidado e que precisam ser qualificados e problematizados. As relações interculturais fazem parte da dinâmica da micropolítica que é produto dos encontros entre diferentes culturas, saberes e concepções de saúde-doença-cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos efeitos do Programa Mais Médicos na saúde indígena, os casos em estudo são esclarecedores de um problema muito relevante, que mobilizou a sua implantação e que é verdadeiro também para outras realidades. A dificuldade de fixação de médicos, referida pelos diferentes interlocutores nos três Polos, também é verdadeira para regiões distantes de grandes centros e com baixo nível de desenvolvimento econômico em geral. No caso das áreas indíge-

nas estudadas, o Programa foi responsável por dois fatos considerados inéditos: a garantia da presença de médicos, uma vez que, alguns DSEI passaram a ter médicos em suas equipes apenas a partir do Programa; e o provimento de profissionais nas áreas em tempo integral.

Em outros estudos (Ferla *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2015), ficou demonstrada a associação entre a implementação do Programa Mais Médicos, com a inserção dos profissionais médicos nas equipes, e uma mudança nos processos de trabalho, que otimiza a atuação da equipe como um todo e dos trabalhadores das diversas profissões. A composição das equipes com profissional médico, ausente ou itinerante antes do Programa, induzia à menor realização e registro de procedimentos e a efeitos esporádicos em termos de desfechos do cuidado. Nos casos em estudo da saúde das populações indígenas, esse efeito é ainda mais visível, tendo em vista a baixa frequência da presença de médicos antes do Programa, a presença apenas episódica de médicos no período anterior do Programa.

O Programa Mais Médicos permitiu a reestruturação do trabalho desenvolvido pelas equipes, ampliando a resolutividade, a capacidade de ampliar a oferta assistencial para ações nos programas de saúde prioritários e o acesso de populações mais distantes dos grandes territórios de referência de cada Polo. Ou seja, também contribuiu para ampliar a equidade na saúde indígena, na medida em que as distâncias também coincidem com indicadores socioeconômicos e sanitários menos favoráveis. Os dados do campo empírico demonstram que há uma contribuição estruturante do Programa Mais Médicos para a reestruturação da saúde indígena, iniciada alguns anos antes do Programa.

A presença do MM tem apresentado papel estruturante na consolidação e sustentabilidade do subsistema de saúde indígena e no SUS. Em nível de DSEI ARS houve um aumento gradativo do número de atendimentos médicos para a população indígena, acompanhado pelo aumento da produção ambulatorial de enfermeiros e de atendimentos de AIS, profissionais que atuam diretamente com o médico na relação do cuidado no cotidiano do trabalho. Isso é decorrente da desconcentração de funções do enfermeiro que, na companhia do médico atuante, consegue desenvolver melhor planos terapêuticos em colaboração com a equipe, permitindo também coordenar as ações de AIS junto à comunidade por meio de visitas e consultas que precisam de traduções das línguas portuguesa e indígena. Fato observado na tendência de aumento das razões de atendimentos médicos e equipe no período estudado.

Em nível de Polos Base foi observado, em geral, uma tendência de declínio nas condutas de encaminhamentos médicos de urgência e emergência, bem



como para consultas eletivas. Dos três Polos estudados, Belém do Solimões e Betânia, que concentram maior população de índios aldeados, apresentam tendências de estabilidade e declínio de encaminhamentos, o que indica melhoria da resolutividade da atenção básica em sinergia com a atuação profissional dos membros das equipes que conseguiram intervir no momento certo sobre as necessidades de saúde de usuários, mesmo esses Polos sendo próximos de sede de municípios que possuem hospitais.

As análises sobre a organização técnica do trabalho mostram que, no contexto da saúde indígena e nas condições objetivas em que se realiza, há uma grande tensão entre a especialização do trabalho disciplinar com a dinâmica do trabalho real em área indígena, maior do que a literatura descreve em outros contextos. Não há apenas borramento de fronteiras entre as profissões, produzida principalmente pelas condições de exercício profissional, mas também pelas características das demandas e pelas condições de trabalho oferecidas às equipes. O trabalho interprofissional, mas também o exercício de capacidades para além das competências profissionais específicas da saúde, são reivindicados no cotidiano do trabalho. Nesse contexto, o perfil profissional dos médicos do Programa Mais Médicos, principalmente a grande experiência profissional em contextos de diversidade dos médicos cubanos, e sua formação e experiência em medicina geral, auxilia na resposta assistencial necessária e na organização do trabalho em equipe.

O contexto da saúde indígena mostra limitações na formação profissional no que se refere ao desenvolvimento da capacidade para um diálogo intercultural. A formação e a prática profissional vigentes estão muito marcadas pela cultura biomédica e isso é visível não apenas nas condutas de diagnóstico e terapêutica, mas também nas imagens que mobilizam a comunicação entre profissionais e usuários.

A questão da interculturalidade das práticas de saúde com a articulação entre os saberes tradicionais e o saber biomédico ainda está numa relação de respeito e tolerância por parte dos profissionais pelos pajés e parteiras do que propriamente uma incorporação dos seus saberes nas práticas do cuidado. Observamos que a gestão do DSEI tem criado estratégias de conhecimento, qualificação e valorização das práticas tradicionais de saúde, incluindo não somente atividades com pajés e parteiras, mas também a valorização de usos de plantas medicinais e da alimentação indígena. Isso representa um grande avanço prático em relação a períodos anteriores da política de saúde indígena que consideravam as práticas dos agentes tradicionais como um obstáculo para o avanço do saber biomédico, como identificado por Erthal (1999).

As características do trabalho na saúde indígena mostraram um contexto de

grande complexidade e, em grande medida, não comparáveis às condições regulares da atenção básica no SUS. A partir delas, a pesquisa se debruçou sobre três recomendações principais:

Há necessidade de revisão das condições físicas e tecnológicas ofertadas às equipes. As condições de manutenção preventiva de equipamentos e demais recursos tecnológicos constituíram um dos aspectos mais críticos da análise dos processos de trabalho e referem-se aos meios de transporte. Esse registro inclui melhorar sistemas de comunicação virtual com familiares e amigos e acesso a acervos de conhecimento online, também como forma de atenuar as condições objetivas de trabalho oferecidas.

É necessário rever o dimensionamento das equipes, em particular o número de médicos, que são insuficientes para o volume e complexidade do trabalho e para os modos como as equipes estão organizadas. Por outro lado, o perfil dos demais profissionais absorvidos pela saúde indígena, predominantemente jovens e residentes em municípios próximos, aponta a necessidade de incremento de atividades de educação permanente e reserva de tempo para as mesmas. Essa ocupação pode ser reconhecida nos planos de trabalho e valorizada na forma de estímulos à produção de conhecimentos e o compartilhamento com outros profissionais.

Por fim, é relevante destacar o papel do Programa Mais Médicos e sua condição estruturante para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o fortalecimento da Atenção Básica nos territórios indígenas, seja na estruturação e expansão do trabalho das Equipes, seja na melhoria dos indicadores de saúde das populações atendidas. A atenção à saúde indígena seguramente teve um grande salto de qualidade a partir do Programa, e, em especial devido ao Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e o governo cubano através da OPAS, o que corresponde hoje à quase 90% dos médicos que atuam na saúde indígena. No entanto, a população indígena e gestores ainda demandam por mais médicos e outras categorias profissionais para atuarem de modo mais integral e humanizado, com uma perspectiva de diálogo intercultural e respeitoso com as populações indígenas do país.

## REFERÊNCIAS

Alves-Mazzotti, A.J. (2006) Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez.

Andrade, T.R.C.; Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S. (2020). Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso. In: Heufemann, N. E C. et al.

(Orgs.) **Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho**. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Livro-Saude-Indigena-educacao-gestao-e-trabalho.pdf>

Andrade, T. R. C. (2018). Gestão do trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto rio Solimões - AM. 105 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47935>

Basta, P. C.; Orellana, Yamall, J. D.; Arantes, R. (2012) Perfil Epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo, L.; Pontes, A. L. (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; Unesco, , pg. 61 - 106.

Bourdieu, P. (1998) **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002) **Política Nacional aos Povos Indígenas**. Brasília: FUNASA.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. (2009) **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005) Portaria N° 1.088, de 04 de julho de 2005. **Composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena**.

Carvalho, L. C. (2009) A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. **Dissertação** (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Coimbra Jr, C. E. A. (2014) Saúde e Povos Indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4):855-859, abr.

Coimbra Jr., C.; Santos, R.V. (2000) Minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciências, Saúde Coletiva**. 5:125-32.

Costa, M.A.M. (2015) “Nós, Ticuna, temos que cuidar da nossa cultura”: um estudo sobre o ritual de iniciação feminina entre os Ticuna de Umariacú I, Tabatinga, Alto Solimões (AM). **Dissertação de Mestrado**. Manaus: UFAM.

Erthal, R.M.C. (2001) O suicídio Ticuna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cad Saúde Pública**; 17: 299-311.

Faria, C. A. P. (2003) Ideias, conhecimentos e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29.

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

Ferreira, L. O. (2015) Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas Brasileiras. In: Langdon, E.J.; Cardoso, M.D. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora UFSC.

Feuerwerker, L.C.M.(2014) **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida.

Fontão, M. A. B.; Pereira, E. L. (2017) Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface** (Botucatu). 21(Supl.1):1169-80.

Garcia JR., C. A. S. (2017) **Produção de vínculos**: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos” [recurso eletrônico]. Porto Alegre: **Rede Unida**.

Garnelo, L.; Macedo, G.; Brandão, L.C.(2003) **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS.

Garnelo, L. (2003) **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, L. B. (Org.) (2015) **O cuidado e a educação popular em saúde** [recurso

eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida.

Gomes, L. B. (2016) A atual configuração política dos médicos Brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Gomes, L. B.; Merhy, E. E.; Ferla, A. A. (2018) Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de cuba no programa mais médicos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 899-918, dez.

Guimarães, L. A. M.; Grubits, S. (2007) Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação Brasileira. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1 p. 45-51, Apr.

IBGE. (2014) **Cadastro de Municípios localizados na Amazônia Legal**. Disponível em: [geoftp.ibge.gov.br/cartas\\_e\\_mapas/mapas\\_regionais/sociedade\\_e\\_economia/amazonia\\_legal/amazonia\\_legal\\_2014.pdf](http://geoftp.ibge.gov.br/cartas_e_mapas/mapas_regionais/sociedade_e_economia/amazonia_legal/amazonia_legal_2014.pdf). Acessado em 07 de agosto de 2017.

ISA. **Instituto Socioambiental**. (2018). <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/ticuna/1343>, acessado em 20/03/2018

Langdon, E. J. (2005) O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Tellus**, Campo Grande - MS; ano 5, n. 8/9, p. 103-124.

Levi-Strauss, C. (1982) **As estruturas elementares do parentesco**. 2 ed. Petrópolis: Vozes.

Lima, R. T. S. et al. (2016) A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 09, pp. 2685-2696. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>

Martins, A. L. U. (2016) Conservação da agrobiodiversidade: saberes e estratégias da agricultura familiar na Amazônia. **Tese Doutorado**. Manaus: UFAM.

Menendez, E. (1992) **La Antropología Médica en México**. Universidad Autonoma Metropolitana. México, 1a ed. pg 97-113.

Merhy, E.E.; Feuerwerker, L.C.M. (2016) Novo olhar sobre as tecnologias de saúde:

uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, p.59-72.

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

Merhy, E. E. (2013) Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco, T B; Merhy, E E, **Trabalho, produção e subjetividade**. São Paulo: Hucitec.

Moebus, R. L. N; Merhy, E. E. (2017) Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**. 3(2):145-52.

Oliveira, J. P. (1988) **"O nosso governo": os Ticuna e o regime tutelar**. São Paulo: Marco Zero: MCT.

Oliveira, J.P. (2010) Os caminhos para o Evare: a demarcação Ticuna. In: ALMEIDA, A. W. B. **Caderno de Debates Nova Cartografia Social: Conhecimentos tradicionais e territórios na Pan-Amazônia**. Manaus: UEA.

Pereira, M. G. A. et al. (2016) A parteira-fina e seus relatos: histórias de si. In: Feuerwerker, L. C. M.; Bertussi, D. C.; Merhy, E. E. et al (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes, V. 2. - Rio de Janeiro: Hexis, p. 308-317.

Pinto, H. A.; Oliveira, F.P.; Santana, J.S.S.; Araújo, S.Q.; Figueiredo, A.M. (2017) Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface** (Botucatu). 21(Supl.1): 1087-1101.

Pontes, A.L.M., Rego, S.; Garnelo, L. (2015) O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20 (10):3199-3210.

Pontes, A.L.M., Rego, S.; Garnelo, L. (2018) La actuación de los agentes indígenas de salud en la Región del Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención e biomedicina. **Desacatos**, n 58.

Relatório Final. (2001). **III Conferência Nacional da Saúde dos Povos Indígenas**. Luziânia, Goiás.

Ribeiro, Darcy. (1996) **Os índios e as civilizações: a integração das populações**



**índigenas no Brasil moderno.** São Paulo: Companhia das Letras.

Rocha, E.S.C. A (2016) *tenção Primária à Saúde Indígena e não-indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde.* **Tese de doutorado.** USP.

Santos, J. G. W.; Silva, A. L. S.; Merhy, E. E. (2016) "Andarilhagens" agenciadas pela Rede Parteiras na cidade de Bujaru-PA. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. et al (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes, V. 2.** - Rio de Janeiro: Hexis, p. 174-187.

Santos, Ricardo Ventura; Coimbra Jr., C. E. A. (2003) *Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil.* In: Coimbra Jr. C. E. A.; Santos, Ricardo Ventura; Escobar, A. L. (Org.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz/ABRASCO, P. 13- 47.

Sarti, C. A. (1992). *Contribuições da antropologia para o estudo da família.* **Psicologia USP**, v.3, n. 1-2, São Paulo.

Schiffler, A. C. R. et al. (2016) *Encontros: experienciando espaços de trocas e compartilhamentos dos saberes e práticas das parteiras tradicionais.* In: Merhy, E. E. et al (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes v. 1.** Rio de Janeiro: Hexis, p. 179-184.

Schweickardt, J.C; Ferla, A. A.; Lima, R.T.S.; Amorim, J.S. C. (2020). *O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil.* **REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA**, v. 44, p. 1-8.

Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lima, R T S ; Andrade, T. ; Silva, J. M. B. F. ; Caldas, J. ; Ahmadpour, B. (2020). **O Programa Mais Médicos e seus encontros com o cuidado indígena no DSEI Alto Rio Solimões: anotações do campo de pesquisa.** In: Júlio Cesar Schweickardt; Joana Maria Borges de Freitas Silva; Bahiyeh Ahmadpour. (Org.). *Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural.* 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 271-293.

Schweickardt, J.C.; Silva, J. M. B. F.; Ahmadpour, B. (2020). *A Saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho.* In: **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural.** 1ed.Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C.; Silva, C. F.; Fermin, J. M. G.; Lasmar, A. T.; Melo, C. F. S.; Silva, G. M.; Ferla, A.A. (2019). **O diálogo intercultural entre equipe de saúde e parteiras**

**tradicionais no acompanhamento das gestantes indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS/AM.** 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.* Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-na-regiao-amazonicasaberes-e-praticas-para-o-fortalecimento-do-sus/>

Schweickardt, J.C; et al. (2017). Relatório de Pesquisa. **A produção do trabalho e o Programa “Mais Médicos” no Estado do Amazonas.** Manaus: Fapeam/Fiocruz Amazonas.

Schweickardt, J.C; et al. (2016). Território na atenção básica: Abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R.B; et al. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede.** Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C; et al. (2016). O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Revista Saúde em Redes**, n. 4.

Scopel, D.; Dias-Scopel, R.; Langdon, J. (2015) Intemedicalidade e protagonismo: atuação dos agente indígenas de saúde munduruku da terra indígena Kawatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n. 12.

Silva, P.L.B. & Melo, M.A.B.(2000) O Processo de Implementação de políticas públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP. **Caderno no 48.**

Silva, A. R. (2016) Concepções e práticas de Educação Escolar Indígena: institucionalidade, estado da arte e escolarização dos Ticuna no Alto Solimões, AM. **Tese de doutorado.** Manaus: UFAM.

Souza, M.L.P. (2015) Aparentamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: O caso do estado do Amazonas. **Tempus**, actas de saúde coletiva, Brasília, 9(4), 191-197, dez

Souza Filho, Z.; Ferreira, A.; Santos, B.; Pierin, A. (2015) Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1012-1022, 1 dez. .

Sousa, M.C.; Scatena, J. H. G.; Santos, R. V. (2007) O Sistema de Informação da



Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, Apr.

Taveira, Z.Z.; Scherer, M.D.A. Diehl, E.E. (2014) Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8):1793-1797.

Yin, R. (2001) **Estudo de Caso: Planejamento e Método**. 2 ed. Porto Alegre: bookman, 2001.

World health organization; Pan american health organization (2017). **Policy on ethnicity and health**. Washington, D.C., USA, 25-29 September.

# Atenção Básica em Saúde, o programa Mais Médicos e suas fronteiras: O caso da Tríplice Fronteira Norte do Brasil

*Rodrigo Tobias de Sousa Lima  
Camila Soares Teixeira  
Milene Neves da Silva  
James Dean Oliveira dos Santos  
Tiótfreis Gomes Fernandes*

## INTRODUÇÃO

**E**sta publicação tem como base nossa vivência como equipe do “Estudos de caso do Programa Mais Médicos: cenário de Fronteira na Amazônia”. Nesta experiência tivemos a oportunidade de evidenciar a atuação do Programa Mais Médicos (PMM) em um território peculiar - a tríplice fronteira do Estado do Amazonas, formada pelo Brasil (Tabatinga), Colômbia (Letícia) e Peru (Santa Rosa).

Neste cenário diverso, produziu-se conhecimento científico a partir dos diferentes olhares dos sujeitos que atuavam na prática no território. Fomos implicados em um cenário com vários atores, práticas e fazeres, que nos permitiram enxergar a importância de um programa comprometido com a garantia de saúde como um direito universal. Ao falarmos de território Amazônico por si só os desafios se apresentam por variados aspectos, dentre eles as distâncias e os acessos se destacam. Ao acrescentarmos a este território um espaço ocupado por populações de três países diferentes que utilizam suas relações para produção da vida, temos então desafios maiores quanto a consolidação e fortalecimento das políticas públicas em cidades fronteiriças (Levino, 2010; Schweickardt, Et Al. 2016).

Nesse sentido, é oportuno caracterizar o cenário regional e assistencial encontrado, bem como suas peculiaridades. Tabatinga localiza-se na região do Alto Solimões, no estado do Amazonas, tem como fronteiras o município colombiano de Letícia e o distrito populacional peruano Santa Rosa de Yavari, tais fronteiras são fluidas e carac-

terizam-se pela facilidade de fluxo e mobilidade entre as cidades. Sobre a organização dos sistemas de saúde, destacamos que apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro possui a saúde como direito constitucional de qualquer cidadão presente em seu território. Já Colômbia e Peru basearam seus sistemas na reforma neoliberal da década de 1990 e estabeleceram a coparticipação de instituições empregadoras ou do próprio usuário do sistema (Giovanella; Almeida, 2017).

Logo, observou-se a presença de ofertas distintas e independentes de serviços de saúde, específicos de cada país, voltados para as necessidades de uma população flutuante que ora usa os serviços do seu país, ora acessa os serviços do país fronteiriço (Levino; Carvalho, 2011). Contudo, vale ressaltar que a cobertura assistencial da população que realiza essa migração para o território nacional não faz parte do planejamento financeiro e de gestão do SUS e de outros programas de assistência social. Sendo assim, nas regiões de fronteira é possível observar uma demanda extra oriunda da população estrangeira, que pode afetar e sobrecarregar os serviços, principalmente da Atenção Básica (AB), e comumente em regiões que já vivenciam a escassez de profissionais médicos.

Através do nosso caminhar com gestores, profissionais e população do território, podemos perceber que o fato de o Brasil oferecer seus serviços a todos e de forma gratuita era um ponto de tensão importante. Há um conflito visível entre saúde como um direito humano e organização dos sistemas de saúde. Sendo assim estas questões nos motivaram a compreender mais sobre o Programa Mais Médicos (PMM) e como ele atua em um ambiente tão peculiar promovendo o cuidado e proporcionando o direito a saúde a todo cidadão que se apresenta neste território de fronteira Amazônica.

Esta população estrutura seu fluxo através dos serviços econômicos e sociais para movimentação em todo o território. Desde 1991, com a criação do Mercosul, a globalização influencia a integração entre países que compõe a América do Sul. A partir das suas necessidades, esta população utiliza também os serviços de saúde conforme sua necessidade, buscando no Brasil serviços que não encontram de forma universal e gratuita em seus países.

O desenvolvimento de políticas nacionais que auxiliem na locação de profissionais de saúde nas áreas mais longínquas do nosso país tem se tornado cada vez mais necessário. É importante ressaltar que, conforme mencionam Gonçalves Junior et al. (2017), ao longo dos anos diversas estratégias foram propostas visando reduzir a desigualdade médica nos territórios de maior vulnerabilidade social. Tais estratégias partiam tanto dos movimentos sociais quanto das gestões municipais e estaduais, que reiteravam que a escassez desses profissionais prejudica a qualidade dos serviços e da atenção à saúde prestada.

O Programa Mais Médicos vem como estratégia de mudança na formação desses profissionais, possibilitando aperfeiçoamento médico na Atenção Básica por meio da integração do eixo ensino e serviço. Assim, ocorre maior inserção dos estudantes na Atenção básica, possibilitando acesso aos serviços de saúde, principalmente em determinados cenários de prática, como é o caso da tríplice fronteira do Estado do Amazonas, onde a locação e fixação de profissionais médicos tem sido um desafio a ser superado (Proenço, et al., 2019). Nestas regiões as Equipes de Estratégia de Saúde da Família são desafiadas a minimizar a falta de acesso a saúde e a ausência do profissional médico limita potencialmente a promoção integral a saúde.

Destaca-se que apesar do crescimento da força de trabalho médica no Brasil, sua distribuição permanece desigual diante do território brasileiro. Conforme demonstraram Scheffer et al. (2018, 2020) e Santos et al. (2015), a região norte apresenta históricas e preocupantes taxas de densidade médica abaixo da razão média nacional, além da alta rotatividade de profissionais. Tais fatores comprometem um cuidado longitudinal e contínuo ofertado aos usuários do sistema de saúde. Especialmente no Amazonas, a implantação do PMM no Amazonas foi progressiva, e apresentou significativos índices de adesão por profissionais brasileiros, bem como por profissionais estrangeiros. A atuação do PMM no estado buscou dar continuidade ao esforço federal de ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como apresenta a possibilidade de planejamento e distribuição de profissionais por critérios de equidade e vulnerabilidade social. Assim, observa-se que o PMM contribuiu significativamente para provisão de profissional médico para as equipes de saúde da Região Norte. Durante o programa, diversos municípios do Amazonas que apresentavam escassez de médicos foram contemplados com o provimento de médicos, dentre eles o município de Tabatinga.

Diante do exposto, é imperioso uma investigação sobre a atuação de médicos oriundos de programa governamental de provimento de recursos humanos, sob a ótica da territorialidade transfronteiriça internacional, considerada de cenário poroso, singular e complexo, em que pese a garantia dos direitos humanos e da saúde sob os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro. Sendo assim, foi objetivo deste capítulo analisar os efeitos e inovações do PMM na atenção básica na região de fronteira, descrevendo a organização e desempenho do sistema local de saúde, bem como o uso dos serviços de saúde pelos brasileiros e estrangeiros nessa faixa de fronteira.

O presente capítulo foi dividido em duas partes, sendo que a primeira congrega um conjunto de referencial teórico sobre a temática da atenção básica, direitos humanos e saúde, e a questão da fronteira na região amazônica. A segunda parte consiste nos principais apontamentos achados no estudo. Assim, é esperado que, a partir dessa experiência investigativa sobre o cuidado em diferentes territórios, motive novos caminhos científicos que vise a consolidação e fortalecimento do

nosso sistema de saúde nos mais diversos cenários e a análise do “modo de fazer” saúde na Amazônia, enquanto espaço sociopolítico de presença e como potência de inovações de estratégias para produção do cuidado.

## PRIMEIRA PARTE

### O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA TRÍPLICE FRONTEIRA NA REGIÃO NORTE

O fortalecimento da atenção básica é ponto estruturante da agenda da saúde atualmente e o acompanhamento da gestão do trabalho desses profissionais é requerido para novos avanços de sistemas universais de saúde. Em especial a análise do Programa Mais Médicos (PMM) em regiões de grande vulnerabilidade social como zonas fronteiriças.

O PMM fez parte das iniciativas da gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) para o fortalecimento da Atenção Básica, constituindo-se como iniciativa para a qualificação dos serviços prestados pelo SUS. Incluiu: (a) Investimento em infraestrutura, particularmente das unidades básicas de saúde; (b) da ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência, e (c) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2013; OLIVEIRA et al., 2014). O programa buscou prover profissionais médicos em regiões de saúde prioritárias, formar profissionais em nível de graduação e residência, além de investir na infraestrutura expandindo a rede de saúde (BRASIL, 2013).

A ocupação das vagas priorizou médicos formados em instituições brasileiras de ensino superior ou com diplomas revalidados, denominados como Médico Participante, seguidos de médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior. Posteriormente, tem-se a disponibilização de vagas para os médicos estrangeiros, que se candidatam aos editais, sendo esses chamados de médicos intercambistas. Ademais, a partir do Termo de Cooperação da OPAS com os Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba há possibilidade dos profissionais cubanos (BRASIL, 2013).

Os projetos e as políticas públicas geralmente são implantados sem dialogar com as diferentes formas de organizar a vida nos seus múltiplos espaços; dessa forma as especificidades regionais não são priorizadas nas estratégias planejadas à nível nacional (RIBEIRO et al., 2017; SCHWEICKARDT et al., 2016a). A Amazônia de hoje é fruto de modelos distintos de ocupação: unidades de conservação na relação com áreas de extração ilegal de madeira e de queimadas; terras indígenas que disputam com espaços de grilagem de terras por madeireiros ou garimpeiros; amplas regiões de baixa densidade demográfica, gerando lacunas assistenciais; os territórios de fronteiras que enfrentam questões de migração, tráfico de drogas,

circulação de pessoas. E este cenário traz desafios para a realização da atenção à saúde, especialmente à atenção básica em saúde.

“A Região Amazônica, pelas suas características geográficas e demográficas, tenciona por adequações na Política Nacional de Atenção Básica pela sua ampla diversidade. A Atenção Básica, como ordenadora do sistema de saúde, incorporou serviços e modelagens técnico-assistenciais inerentes aos povos da floresta, como por exemplo, as Unidades de Saúde Fluviais e as equipes de saúde ribeirinhas, assim como outras modalidades próprias de serviço. O estado do Amazonas tem a gestão e a organização dos serviços orientadas pelo fluxo através das calhas de rio, que são o caminho do deslocamento das pessoas, sendo que cada município tem um grande número de rios, igarapés e lagos para circulações que buscam a oferta da atenção à saúde da população, como para as demais mobilidades que envolvem a vida no seu cotidiano. Por isso, compreender os efeitos de uma política nacional nos territórios específicos pode auxiliar sobre a reflexão política nacional da atenção básica, mas também sobre o sistema de saúde na perspectiva da integralidade do acesso, da assistência, da atenção e do cuidado. A diversidade é força de revigoração das políticas e a superação das desigualdades é um objetivo ético que requer grande conhecimento da realidade singular de cada território” (Schweickardt et al, 2016b).

Sendo assim, a realização do presente estudo em um município da região do Alto Solimões, no estado do Amazonas, justificou-se por uma série de questões singulares e também pela contribuição que a compreensão ampliada dos efeitos e do contexto dos sistemas locais de saúde nessas localidades pode proporcionar à análise do Programa como um todo. Nesses municípios, a circulação de pessoas ocasiona efeitos sanitários e assistenciais importantes, em particular, no que se refere ao volume de registros de pessoas atendidas no sistema de saúde brasileiro.

A atenção à saúde aos migrantes não é contabilizada nos sistemas de planejamento e o registro dos atendimentos realizados a usuários de outros países. Compreender a qualidade e as modalidades de cadastramento dos atendimentos realizados, inclusive de estrangeiros e a magnitude dos sub-registros nas bases nacionais, que ancoram os sistemas de monitoramento e avaliação, permitirá melhor precisão na análise dos indicadores utilizados no PMM.

Ademais, a circulação de pessoas na relação com os agravos de saúde gera efeitos na qualidade do cuidado e impacta as capacidades profissionais das equipes de atenção. A compreensão mais detalhada dessas condições pode auxiliar na elaboração de modelos analíticos das variações da clínica na avaliação do PMM. Da mesma forma, as variações nas condições de produção de saúde e doença nos diferentes países, que estão relacionadas a aspectos históricos, sociais e contextuais, podem ajudar a modelar as análises do PMM.



A concomitância de diferentes contextos, bastante visível em regiões de fronteira, pode interferir na capacidade das equipes de identificar e operar nos condicionantes e determinantes da saúde. Assim, a compreensão elevada das singularidades desses municípios pode auxiliar na análise dos efeitos do Programa em outras regiões.

Destacamos que a Tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru tem outras particularidades da região de fronteira como o intenso fluxo de pessoas, tráfico de drogas e a violência. Além da presença maciça de povos tradicionais indígenas na região de fronteira.

## DIREITO À SAÚDE NA FRONTEIRA

Historicamente, debates sobre a proteção social e a redução das desigualdades abordaram o reconhecimento do direito à saúde, e posteriormente tais conceitos se fortaleceram a partir da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Finalmente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu a saúde como direito inalienável, na década de 1940 (ONU, 1948). Dessa forma, progressivamente, diversos estados iniciaram o processo de garantia desses direitos através de suas constituições. No Brasil, a Reforma Sanitária proporcionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Brasileira, e consagração da saúde como direito de todos e dever do Estado (D'ávila; Saliba, 2017).

A garantia desse direito em territórios fronteiriços é desafiadora, uma vez que deve considerar questões estruturais, sociais e políticas; além disso, interações entre os sistemas de saúde deveriam ser considerados pontos estratégicos para a cooperação internacional entre países. A reflexão sobre um planejamento integrado de saúde nas fronteiras deve ser identificada como um entrave ao desenvolvimento das regiões e sub-regiões devido às dificuldades de processos de integração regional vigentes. No domínio do planejamento de políticas públicas já se compreende a importância do setor saúde como foco estratégico para a integração e para a sustentabilidade do desenvolvimento entre países (Gadelha, Costa, 2007).

A faixa de fronteira apresenta-se como uma área prioritária para o desenvolvimento nacional. Isso se deve por ocupar parcela importante do território brasileiro, bem como apresenta ainda condições de cidadania e sociais precárias; além de intensa biodiversidade com necessidades ao combate à pirataria de biorrecursos, em especial na região amazônica, ou ainda pelo caráter estratégico de fortalecimento de blocos regionais críticos para inserção competitiva da América do Sul na economia mundial. No que tange à saúde, trata-se em discorrer sobre os impactos da intensa migração de pessoas e a busca dos serviços de saúde sobre a organização do sistema em especial regiões de grande vulnerabilidade como a tríplice fronteira da Amazônia.

Nessa perspectiva, deve-se considerar a complexidade das relações entre os sistemas de saúde em uma região de fronteira, e conseqüentemente, no exercício do direito à saúde. É previsto que surja o questionamento: como garantir o mesmo direito utilizando instrumentos diferentes para populações diferentes? Ao acrescentarmos nesse diálogo o PMM, supõe-se inicialmente que a presença do profissional trinta e duas horas semanais na unidade básica de saúde, trouxe consigo a oportunidade de concretização dos três pilares do SUS, a universalidade, equidade e integralidade e conseqüentemente garantiu a aplicabilidade desse direito, de forma igualitária, nas regiões onde esteve presente (Miranda et al., 2017). Contudo, deve-se reconhecer que ainda há complexos desafios entrelaçados a universalização da saúde no SUS, especialmente em regiões de fronteira.

Nesse caso, debater direito à saúde é também considerar a necessidade de estruturação de uma rede de atenção à saúde e qualificação contínua dos profissionais que a compõem. Como mencionam Pereira e Pacheco (2017), apesar da ampliação do acesso à saúde que o PMM proporcionou, os desafios para o alcance de uma atenção integral permaneceram, tem-se como exemplos a dificuldade no acesso a exames e procedimentos de maiores complexidades e a escassez de medicamentos que a população necessita para uso a médio e longo prazo.

A saúde configura-se como uma das principais áreas a serem planejadas, seja pela necessidade de abordagem e planejamento territorial regional, seja porque fronteiras epidemiológicas não se restringem a delimitações políticas e institucionais entre países. Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus municípios de atenção integral à saúde. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. Ademais, a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, vem gerando dificuldades diversas, cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço (Gadelha, Costa, 2007; Giovanella et al., 2017).

Outro ponto que necessita de atenção nesse debate são as históricas inequidades que a população de áreas rurais, ribeirinhas, fronteiriças e do campo vivenciam. O território, que para seus residentes é tão distinto, se torna desafiador para a aplicabilidade das premissas do SUS, e encontra concordância com Preuss (2018) que afirma haver necessidade de flexibilização ao longo do processo de configuração nas regiões de saúde nesses locais, para que ocorra o incremento do planejamento e gestão dos serviços de saúde. Especialmente nas regiões de fronteiras, tais flexibilizações poderiam iniciar diálogos entre os países vizinhos e que vivenciam a migração da população em busca dos serviços de saúde.

No estudo de casos em municípios de fronteira, foram analisados os efeitos da região fronteira do Brasil com outros países. As regiões próximas às divisas internacionais despertam o interesse em estudos de diversas áreas. Na saúde, o interesse varia desde os mecanismos de controle das doenças, os fluxos migratórios para a atenção à saúde, o intercâmbio internacional, a atuação profissional, entre outros (Peiter, Machado, Rojas, 2008).

A saúde na fronteira é um espaço aberto para a influência das questões referentes à mobilidade populacional, risco de emergência e reemergência de doenças, o que acaba impactando sobre os modos de vida da população mais vulnerável, como minorias étnicas, migrantes, trabalhadores temporários e outros grupos (Levino; Carvalho, 2011). A saúde nesse espaço sempre está aberta por exatamente se constituir como um lugar de transição, que traz desafios para as redes de atenção à saúde, especialmente a atenção básica.

## **SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO**

Na realidade da tríplice fronteira amazônica Brasil/Colômbia/Peru, observa-se a congruência entre os três sistemas de saúde. Cada sistema foi construído em um cenário nacional distinto, e por isso desenvolveu características próprias, dentre elas a que se destaca é a oferta de serviços. Dessa forma, a presença de um sistema com oferta gratuita e universal, em contraste com dois outros sistemas contributivos propiciou diferentes fluxos dentro das unidades de saúde.

Nesse contexto, vale ressaltar a importância de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, que a partir de relatórios demonstraram a necessidade de reforma em diversos sistemas de saúde da América Latina. Dessa forma, incentivos técnicos e financeiros, favoreceram a privatização desses sistemas, entre eles o colombiano e peruano (Sanabria; Chaves, 2014; Cárdenas; Pereira; Machado, 2017).

Em relação ao Peru, ao longo da década de 1990 houve diversas tentativas de implementação de um sistema efetivo. Contudo, apenas em 2009 tem-se a Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que defende o direito à um seguro de saúde para qualquer cidadão que tenha residência no território peruano, tendo como base o Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (Peru, 2015).

Em 2013, questionou-se a questão do direito humano à saúde, o que resultou na atual organização do sistema de saúde, governado pelo Ministerio de Salud (MINSA) e supervisionado pela Superintendencia de Salud (Susalud) (Lazo-Gonzales; Alcalderabanal; Espinosa-Henao, 2016). Nesse modelo organizacional, tem-se a oferta de 3 regimes: subsidiado, onde o financiamento é oriundo de recursos

fiscais, que assiste àqueles em situação de pobreza; contributivo direto, financiado pelos empregadores, e que formam o Seguridad Social en Salud: Seguro Social de Salud (Essalud); privado, financiado pela individualmente, por adesão à planos ou serviços isolados de saúde.

Com relação a assistência que tais regimes propiciam no local de pesquisa, o distrito populacional de Santa Rosa, possui um posto de atendimento de média complexidade. Dessa forma, casos complexos e que requerem atenção especializada, devem ser encaminhados para Iquitos, local de referência mais próximo para os moradores do local.

Com relação ao sistema colombiano, tem-se como marco teórico a criação da Lei 100, em 1993, com consequente integração do sistema de saúde colombiano ao Sistema Geral de Seguridad Social (SGSS) (Colômbia, 1993). Foi essa legislação que definiu a saúde como um serviço público, de responsabilidade estatal, que deveria ser provido por instituições privadas.

Sendo assim, atualmente, vigoram dois regimes: contributivo, filiado aos trabalhadores e seus dependentes; e o subsidiado, que cobre a população em situação vulnerável (Cárdenas; Pereira; Machado, 2017). No regime contributivo, as Empresas Promotoras de Saúde (EPS), são responsáveis pela oferta e administração dos serviços de saúde, que irão contratar instituições para a execução das atividades assistenciais.

Enquanto isso, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir de uma reforma sanitária, e com forte participação social possui como característica a oferta de serviços de saúde, em todos os seus níveis de complexidade, a qualquer cidadão que se encontra em território brasileiro. Contudo, a partir da análise do sistema brasileiro, é possível observar que o sistema enfrenta dificuldades e cria estratégias para a efetivação do direito à saúde ao longo dos 569 municípios da faixa de fronteira.

O financiamento do SUS é originário dos recursos federais, havendo também participação dos respectivos Estados e Municípios, para tal, tem-se como base de cálculo a população que reside no município. Logo, em regiões de fronteira os serviços de saúde encontram dificuldades administrativas e financeiras em lidar com a demanda suplementar daqueles que não residem no território brasileiro (Levino; Carvalho, 2011).

Compreende-se que cada um desses sistemas é detentor de departamentos e setores assistenciais que irão assimilar as necessidades e os determinantes de saúde de cada população, buscando suprir as demandas assistenciais. Contudo, a atuação do SUS nessas regiões permanece como desafio e objeto de investigação, uma vez que há necessidade de investigar as especificidades e necessidades locais.

## SEGUNDA PARTE

### CENÁRIO E O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

O município de Tabatinga/AM, na região do Alto Solimões, situa-se no Arco Norte da zona de fronteira, limítrofe ao Peru e Colômbia. O município pertence a mesorregião do Sudoeste Amazonense e apresenta uma área de 3236,87 km<sup>2</sup>, que de acordo com o Censo de 2010, possui uma população de 52.272 hab., com densidade demográfica de 16,15 hab/km<sup>2</sup>. A estimativa populacional para 2017 era de 63.635 habitantes, com forte presença da população indígena.

Em Tabatinga, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010 era de 0,616, categorizado como desenvolvimento médio, apresentando uma taxa de crescimento de 31,06% quando comparado ao IDHM de 0,470 presente no ano 2000. A esperança de vida ao nascer cresceu de 68,1 anos em 2000, para 71,1 anos em 2010, índice menor que o nacional, que corresponde a 73,9 anos referente a 2010.

Em relação ao crescimento populacional, a taxa média de crescimento anual do município foi de 3,26%, no mesmo período. Ainda de acordo com o Censo de 2010 dos 52.272 habitantes, 69,55% residiam na zona urbana, enquanto 30,45% na zona rural e ribeirinha. Já em relação a mortalidade infantil, em 2000 o município apresentava uma taxa de 36 óbitos a cada mil nascidos, enquanto em 2010 a taxa foi de 22,3 óbitos, sendo que no Amazonas a taxa era de 38,0 no ano 2000, passando para 17,0 em 2010. Em relação às condições de moradia da população residente em Tabatinga, dados de 2010 demonstram que apenas 37,13% da população reside em domicílios com banheiro e água encanada.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2018, o município possui 27 estabelecimentos de saúde: 08 unidades básicas de saúde, 01 policlínica, 01 unidade básica de saúde fluvial, 01 hospital geral e especializado, 01 unidade móvel fluvial, 01 centro de especialidade, 01 unidade de apoio diagnóstico, 01 unidade móvel de nível pré-hospitalar, 01 secretaria municipal de saúde, 01 distrito sanitário especial indígena alto rio Solimões (DSEI), 01 casa saúde indígena (CASAI), 03 Polo base de saúde indígena, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 central de regulação medica das urgências e do acesso, 01 coordenação de IST/AIDS e hepatites virais, 01 Laboratório de Fronteira (LAFRON), 01 Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, 01 Clínica Municipal de Reabilitação Física de Tabatinga (CNES, 2018). De acordo com dados obtidos em 2017, Tabatinga possui 14 Equipes Saúde da Família (ESF), sendo 10 com adesão ao PMM, e 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I.

Vale ressaltar que há interesse em caracterizar tais relações transfronteiriças por conta dos arranjos e especificidades, que envolvem a região Amazônica. Especi-

ficamente, na saúde, o interesse varia desde os mecanismos de controle das doenças, os fluxos migratórios para a atenção à saúde, o intercâmbio internacional, a atuação profissional, entre outros. No caso deste projeto, considera-se o conceito de faixa de fronteira, conforme define a Lei Federal nº 6.634, de 1979, ou seja, a faixa de 150 Km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, que se prolonga por 15 mil Km, do Rio Grande do Sul ao Amapá (Brasil, 1979).

O município brasileiro constitui fronteira terrestre com Letícia, cidade colombiana, e fronteira fluvial com o distrito populacional de Santa Rosa, Peru. Tabatinga caracteriza-se como a única cidade gêmea em relação à Letícia-Colômbia, em área de tríplice fronteira no Brasil. Dessa forma, entende-se que a população residente na tríplice fronteira aprendeu a lidar com os diferentes cenários e características dos sistemas de saúde. Nesse sentido, foi considerada como localidade apropriada ao estudo devido a sua inserção regional, ao pertencimento a linha de fronteiras, a relevância dos fluxos fronteiriços, migração recente e o volume de equipes participantes do PMM.

Assim, tratou-se de um estudo de caso de caráter descritivo-analítico e com abordagem qualitativa e quantitativa sobre a situação de saúde na atenção básica de município de tríplice fronteira amazônica realizado no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018.

O Estudo de Caso é um desenho adequado para a pesquisa *“que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural”* (Yin, 2001, pág. 23). Ainda de acordo com Yin, os estudos de caso são adequados *“em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes”* e que exigem *“múltiplas fontes de evidência”* (pág. 23) para a compreensão do *“como”* e do *“porquê”* de um fenômeno complexo. Trata-se de uma abordagem utilizada em estudos que objetivam compreender o contexto da implementação de políticas.

Os procedimentos metodológicos foram distribuídos em duas etapas, antecedidas por revisão densa de literatura, sendo: a) Análise de cenários; b) Observação de campo. A primeira etapa consistiu na *“Análise de Cenários”*, que foi realizada pela produção de indicadores para a caracterização dos municípios e regiões da faixa de fronteira no período de 2006 a 2016.

As variáveis de estudo foram escolhidas de acordo com o nível de observação, sendo: a) o nível macro para a observação do sistema de saúde em nível municipal; b) nível intermediário referente ao nível de produção ambulatorial de estabelecimento de saúde - unidades básicas de saúde (UBS); e c) nível micro para a observação da produção de consultas médicas e atendimentos da equipe de saúde e, neste caso, observando, tanto o cuidado à saúde da criança, quanto o cuidado de saúde da mulher.

As variáveis e indicadores utilizados para a análise de cenários em nível macro foram: óbitos fetais, infantis e maternos, número de casos de tuberculose, hanseníase, razão entre proporção de diabéticos e proporção de idosos, índice parasitário anual para verificação de malária; taxas de cobertura de vacinação, de acordo com o calendário brasileiro; proporção de parto normal; taxa de mortalidade infantil e a taxa de cobertura da estratégia saúde da família. No nível intermediário, foi utilizada somente o total de consultas médicas produzidas por UBS. No nível micro, foram observadas as seguintes variáveis: a) para a saúde da mulher: total de consultas médicas, atendimentos da equipe pré-natal, atendimentos de pré-natal número e proporção de gestantes cadastradas, exames de ultrassonografia, proporção de gestantes vacinadas e proporção de atendimentos de pré-natal no primeiro trimestre de gestação; e b) para a saúde da criança, foram utilizados: atendimentos de puericultura, razão de atendimentos de puericultura em crianças menores de 2 anos, consultas médicas de crianças menores de 4 anos, proporção de vacinação em menores de 1 ano, proporção de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses. No nível intermediário, foi utilizada somente o total de consultas médicas produzidas por UBS.

Os indicadores foram coletados em diferentes bases de dados e consistem em um conjunto de informações utilizados para o monitoramento e avaliação do PMM e caracterização de um perfil sociodemográfico do município. Foram utilizados como fontes de dados, os sistemas de informação de base nacional já utilizados pela Rede-Observatório do Programa Mais Médicos para a produção de indicadores de monitoramento. Foram utilizados também dados coletados nos sistemas locais de saúde sobre produção assistencial, capacidade instalada e outros registros de morbimortalidade.

De forma específica, a análise de cenário no nível micro, foram observados os critérios de consistência do banco de dados advindo do SIAB, de forma a garantir maior confiabilidade dos dados referentes à atenção básica. Assim, foram desconsiderados nesta etapa: a) a produção mensal da equipe que apresentava produção repetida de igual valor (inclui-se as zeradas) por três meses consecutivos e/ou quatro meses esparsos ao longo do ano de 2014, admitindo critérios mais restritos do que aqueles previstos na resolução que orienta a suspensão de financiamento para aqueles municípios que não fornecem os dados por 60 dias; b) produção oriunda de áreas indígenas. Ainda para 'total de consultas médicas', o critério foi o número de consultas de a zero até 640, admitindo a possibilidade real de o profissional atender trinta e dois pacientes por dia ou o dobro da capacidade operativa por mês (Lima et al., 2016).

A segunda etapa consistiu na coleta de dados primários, bem como a observação e pesquisa documental. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas abertas, com roteiro orientador, realizadas com a gestão de saúde, traba-

lhadores das equipes de saúde, profissionais do PMM. A observação com registros em diário de campo, também foi utilizada para caracterizar o contexto dos serviços e as percepções dos pesquisadores de campo. Para análise dos dados qualitativos, as entrevistas foram transcritas na íntegra, seguiu-se as etapas propostas para análise do discurso (AD). A terceira etapa consiste na triangulação das fontes, com descrição em profundidade do contexto de Tabatinga.

Foram utilizados três tipos de instrumentos, sendo um aplicado para os profissionais médicos do programa, um para os gestores municipais e outro para a equipe de saúde. O instrumento voltado para o profissional médico foi dividido em três blocos: caracterização dos profissionais quanto sua formação, dados pessoais e tempo de atuação em Tabatinga; fluxo de atendimento a estrangeiros e as especificidades na assistência em área de fronteira e condições de trabalho; rede de atenção em Tabatinga, encaminhamentos médicos, relação da atenção básica com o hospital militar e cooperação entre os sistemas de informação dos países de fronteira.

O instrumento destinado ao gestor e coordenadores foi dividido em duas partes: a primeira com perguntas fechadas sobre o perfil da gestão e a segunda com perguntas abertas sobre a estrutura de gestão do trabalho no município, as dificuldades de contratação de profissionais e as estratégias para a fixação e o provimento dos profissionais. O terceiro instrumento de coleta de dados foi aplicado para a equipe, sendo composto por informações pessoais, dinâmica do trabalho entre a equipe na atenção ao estrangeiro; percepção sobre as relações de cuidado pelo médico do programa junto ao estrangeiro.

Para o cenário no nível macro, foi realizada análise estatística descritiva, através da frequência simples e porcentagens das variáveis quantitativas obtidas através da secretaria de saúde de Tabatinga. Nos demais níveis de observação, foram utilizados os softwares R e SPSS versão 22.0 para Windows. Utilizou-se o teste de aderência à normalidade Shapiro-Wilk e todas as variáveis assumiram distribuição diferente do padrão de normalidade ou simetria para as variáveis entre os grupos. E por se tratar de amostras de grande contingente, a análise estatística baseou-se em cálculo de medianas e intervalos de 95% de confiança (IC95%). Assim, foram utilizados a mediana e o teste U de Mann-Whitney (não paramétrico) para comparação das mesmas por período e o nível de significância adotado foi de 5%. Gráficos de tendência foram construídos, considerando as médias da produtividade do total de consultas para ambos os tipos de equipes, com e sem profissionais do PMM.

Para a observância do campo de estudo, a técnica da análise do discurso (AD) foi utilizada que articula-se em três unidades de conhecimentos: a linguística, atuante nos processos de enunciação, manifestado segundo os questionamentos de Michel Pêcheux na qual a aplicação de regras formais não era suficiente para compreensão do discurso, afirmando que conceitos semânticos desconhecem a

ideologia por trás do discurso de um sujeito (Pecheux, 2009). A segunda unidade, o materialismo histórico, que conforme Fernandes (2013, p.49) afirma “*é na/pela história que observamos as condições de produção do discurso*”, dessa maneira a estrutura social e a ideologia, de algum modo, criam as condições para a produção do discurso, neste caso a ideologia é vista como efeito da relação entre a língua, o sujeito e a história. E a terceira unidade, a psicanálise, observada na transição do indivíduo em sujeito, quando o mesmo é tido como unidade indivisível, desenvolvendo-se a partir do meio, e sujeito visto como aquele que possui manifestações do inconsciente (Orlandi, 2015; Magalhães; Mariani, 2010).

Dessa forma, a partir da convergência dessas teorias, entende-se que o discurso não é um instrumento para simples explicações, mas sim um método de expressar a história através da língua. Para a AD, o conceito de discurso vai além da comunicação, uma vez que a linguagem não é transparente, como define Orlandi (2015, p.15) “o discurso é assim, palavra em movimento, prática da linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando”. A AD reitera a ideia de que o sujeito está sempre reproduzindo e ressignificando dizeres, atribuindo novos sentidos que não advêm das palavras em si, mas das suas condições de criação. Diante do exposto, justifica-se a escolha da AD, pois a mesma orientou a pesquisa quanto aos sentidos e significados que os sujeitos participantes dão as suas práticas.

Sendo assim para a realização da análise dos discursos foram realizadas transcrições literais das entrevistas para posterior análise. A análise foi dividida em três etapas: A primeira fase foi composta por leitura flutuante do corpus, aqui definido como a transcrição dos discursos dos entrevistados que contemplarem os objetivos do estudo correspondentes as transcrições; A segunda fase foi realizada releitura dos textos com objetivo de identificar os fragmentos discursivos presentes nas falas originando a segmentação textual até que os discursos saturassem os temas que foram emergindo do corpus; A terceira etapa se deu a partir da organização dos textos em temas. E então foi realizada a escrita da análise com objetivo de identificar os principais sentidos dados para o que foi enunciado, combinando as falas de fontes distintas sobre uma mesma temática discursiva (Moreira, 2012).

O referido estudo de caso fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sob número de parecer: 20016613.7.0000.5020. Através do projeto desenvolvido pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia intitulado: O Cenário da gestão do trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS.

## A ORGANIZAÇÃO E O DESEMPENHO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), o município de Tabatinga possui cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de 71,94% e da

Atenção Básica de 75,90%. É possível observar na tabela 1 que no ano de 2012 a proporção de cobertura populacional atingia, no máximo, 59,40%. Um ano após a implementação do PMM no município, esse valores chegaram a 82,38%.

**TABELA 1** - Proporção de cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mês							
Jan.	59,4	51,71	57,04	69,71	82,38	82,38	71,94
Fev.	52,8	45,25	57,04	82,38	76,05	82,38	71,94
Mar.	46,2	51,71	57,04	82,38	76,05	82,38	71,94
Abr.	58,17	51,71	57,04	82,38	76,05	82,38	71,94
Mai.	51,71	51,71	69,71	82,38	82,38	82,38	71,94
Jun.	51,71	51,71	82,38	82,38	82,38	76,05	71,94
Jul.	45,25	50,7	82,38	82,38	82,38	76,05	71,94
Ago.	51,71	50,7	82,38	82,38	82,38	76,05	---
Set.	38,78	44,36	82,38	82,38	82,38	69,71	---
Out.	51,71	50,7	82,38	82,38	82,38	69,71	---
Nov.	51,71	57,04	82,38	82,38	82,38	82,38	---
Dez.	51,71	57,04	76,05	82,38	82,38	82,38	---

Fonte: Secretária de Atenção Primária, MS.

Com relação à saúde materno-infantil no município, é possível observar algumas mudanças na proporção de partos normais, a partir do ano 2014.

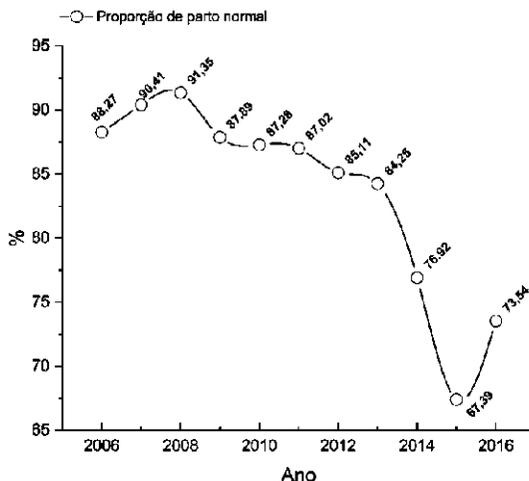


Gráfico 1- Proporção de parto normal 2006 a 2016, Tabatinga - Amazonas.

O município de Tabatinga aderiu à Rede Cegonha em 2012, entretanto as principais mudanças na área foram vistas a partir de 2014, com a inauguração da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz. A partir do gráfico acima é possível visualizar a diminuição na proporção de partos normais a partir da inserção da maternidade na rede assistencial do município. Vale ressaltar que, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de 15% a 10% de cesáreas, valores bem inferiores aos encontrados em Tabatinga.

Ainda em relação aos dados relacionados à saúde materno-infantil, observa-se no gráfico abaixo o município ou país de origem das mulheres internadas na maternidade no ano de 2017.

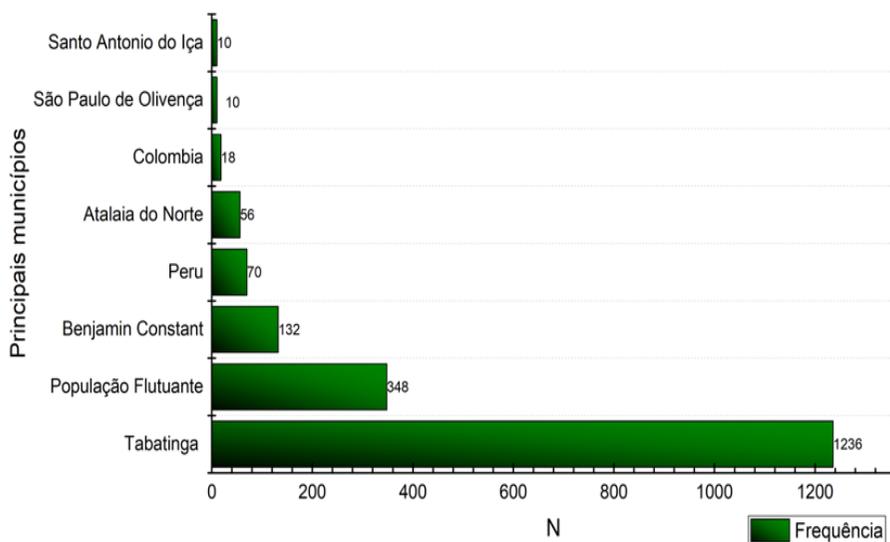


Gráfico 2 - Local de origem das mulheres atendidas na Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, Tabatinga - Amazonas, 2018

Destaca-se os elevados valores referentes à população flutuante, neste caso, considerou-se população flutuante como àquele grupo em que sua origem não foi identificada pelos dados secundários, podendo ser brasileiros de dupla nacionalidade, estrangeiros que não possuem o cartão SUS, casos agudos de emergência atendidos em que se busca a origem posteriormente.

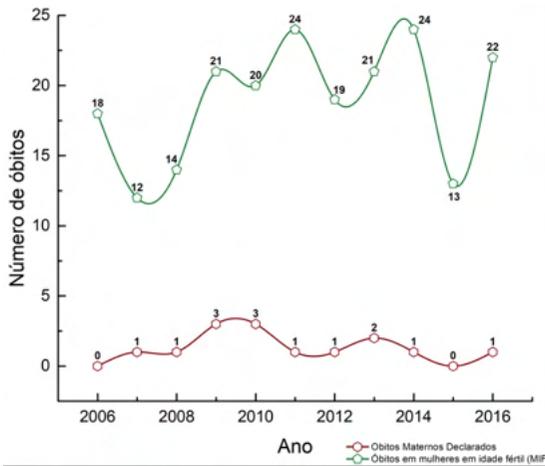


Gráfico 3 - Óbitos maternos declarados e óbitos de mulheres em idade fértil de 2006 a 2016, Tabatinga - Amazonas, 2018.

Observa-se que a queda nos óbitos de mulheres em idade fértil apresenta uma discordância com o padrão observado nos anos anteriores, questões como subnotificação ou inclusive mudanças de profissionais podem responder a esse questionamento.

O gráfico a seguir apresenta os valores referentes à mortalidade infantil, no período entre 2006 a 2016.

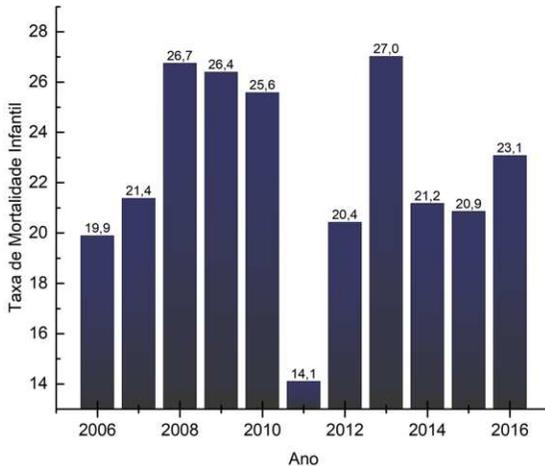


Gráfico 4 - Taxa de mortalidade infantil de 2006 a 2016, Tabatinga-Amazonas, 2018

Pode-se observar que nos anos subsequentes à implantação do PMM os valores sofreram redução, com um leve aumento em 2016. Quanto à mortalidade infantil, o município apresentou dados superiores ao estado do Amazonas, com valor mínimo de 15,72 e máximo de 17, 22. Já à nível nacional os valores permanecem superiores, entre os anos supracitados, o Brasil apresentou como menor taxa 12,89 e maior 15,03. Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde demonstra que o aumento de profissionais, bem como a melhoria na qualidade da atenção básica apresentam impactos positivos na diminuição da mortalidade infantil e materna.

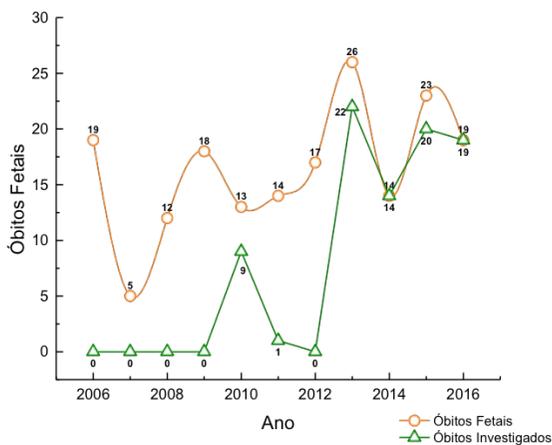


Gráfico 5 - Óbitos fetais e óbitos fetais investigados entre 2006 a 2016, Tabatinga - Amazonas, 2018.

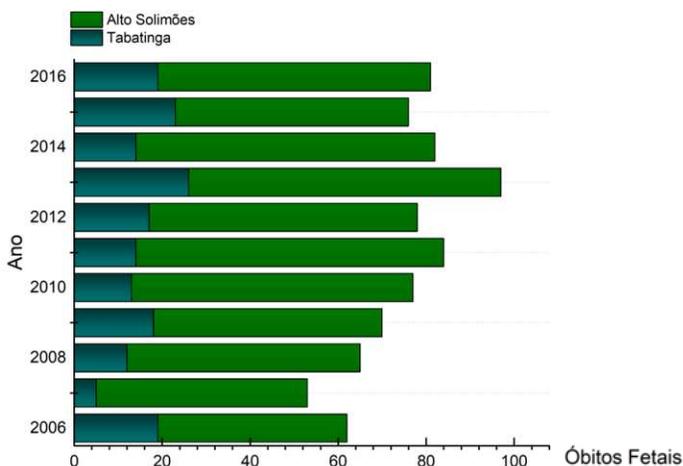


Gráfico 6 - Óbitos fetais corridos em Tabatinga e na região do Alto Solimões entre 2006 a 2016, Tabatinga - Amazonas, 2018

Enquanto isso, em relação aos óbitos fetais, observa-se a mesma redução a partir de 2013 e aumento do número de óbitos investigados. No contexto local, entende-se que a presença do profissional do PMM na equipe, favorece a participação dos profissionais nos comitês de investigação. Além disso, o aumento na cobertura e no acompanhamento pré-natal pode ter auxiliado na diminuição da taxa de mortalidade infantil e de óbitos fetais. O gráfico abaixo, caracteriza os óbitos fetais que ocorreram em Tabatinga, com relação aos valores da microrregião do Alto Solimões. Verifica-se que no ano de 2015, a maior proporção (43,4%) de óbitos contabilizados no Alto Solimões, e que eram originários de Tabatinga.

Os dados referentes à cobertura do Programa Nacional de Imunização (PNI) demonstram como a cobertura vacinal foi ampliada, ressalta-se que durante as entrevistas, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) mencionaram diversas vezes a alta procura dos estrangeiros pelo serviço gratuito de imunização, uma vez que em Letícia, Colômbia e no distrito de Santa Rosa, Peru, o serviço não é de livre acesso.

**TABELA 2** - Evolução da cobertura do programa nacional de imunização, 2012-2015.

Imunobiológicos/ (parâmetro de cobertura)	Série histórica <sup>1</sup>			
	2012	2013	2014	2015
<b>BCG (90%)</b>	122%	115%	126%	137%
<b>Menigogócica C (95%)</b>	106%	108%	99%	118%
<b>Tetra/Penta (95%)</b>	79%	101%	98%	124%
<b>Pneumo 10 (95%)</b>	93%	102%	94%	112%
<b>Poliomielite (95%)</b>	102%	106%	95%	121%
<b>Rota Vírus (90%)</b>	75%	91%	89%	107%
<b>Febre Amarela (100%)</b>	98%	100%	98%	117%

Obs.:1) Não possível obter a série histórica dos últimos 10 anos em virtude da indisponibilidade do Sistema SI-PNI para o período 2006 a 2011.

2) Devido à implantação do Sistema SIS/PNI no mês de outubro/2015 é a população não está totalmente cadastrada pois o cadastro era de demanda espontânea, dificultando a inserção dos dados populacionais, além da rotatividade de profissionais que atuavam salas de vacina do município.

Fonte: SI-PNI/DATASUS/MS

Já em relação às doenças infecciosas, a seguir, observa-se os valores absolutos e a proporção de casos tuberculose e hanseníase, em colombianos e peruanos, respectivamente que foram identificados no município.

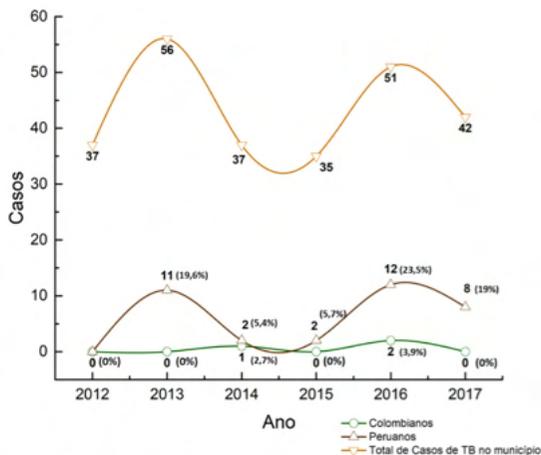


Gráfico 7 - Casos de tuberculose em estrangeiros no período de 2012 a 2017, Tabatinga - Amazonas, 2018

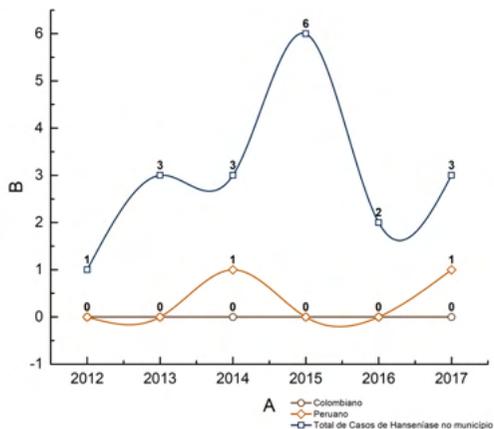


Gráfico 8 - Casos de hanseníase em estrangeiros no período de 2012 a 2017, Tabatinga - Amazonas, 2018

No caso da Tuberculose, identifica-se que, em relação as duas nacionalidades estrangeiras, os valores mais expressivos encontram-se na população peruana. De acordo com os discursos apresentados, o distrito populacional de Santa Rosa, apresenta uma população com maior demanda de suporte social e assistencial. A distância para Iquitos, cidade de referência, e a escassez de profissionais e até mesmo unidades de saúde, faz com que a população permaneça mais vulnerável às condições de risco de saúde.

Outra questão de interesse na região da fronteira Amazônica são os vetores, e as doenças associadas. A seguir apresenta-se o Índice Parasitário Anual (IPA) de Tabatinga.

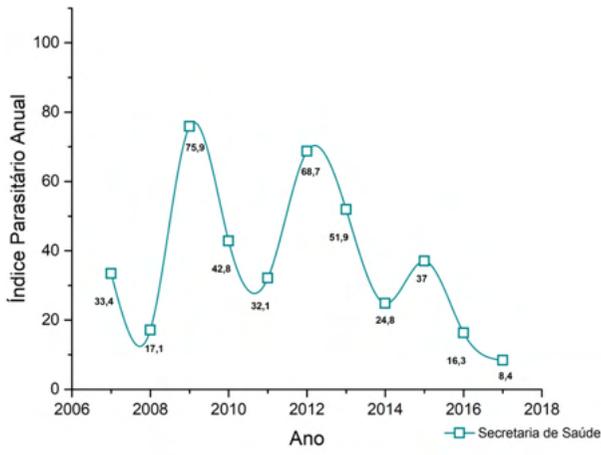


Gráfico 9 - Índice Parasitário Anual em Tabatinga, entre 2006 a 2016, Tabatinga - Amazonas, 2018

Verifica-se que, houve um discreto aumento entre 2014 a 2015. Já entre 2015 a 2017 os índices vêm diminuindo, supostamente pela melhora da comunicação entre a vigilância em saúde e a atenção básica.

Ao explorarmos o trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF) no município, vale ressaltar que, apesar de uma equipe ser desenhada para realizar um determinado número de consultas médicas por mês, existem diversas variáveis que devem ser consideradas ao se analisar o total de consultas médicas (doravante TCM) por equipe. Inicialmente, deve-se ter em mente que a demanda de um município não é uniformemente distribuída, nem a preferência do cidadão por certa unidade de saúde. Alguns fenômenos podem alterar o TCM, como: (a) inclusão de uma nova equipe médica pode diminuir a produção das demais se não houver demanda reprimida, e (b) as demandas das equipes podem ser divididas entre as equipes na ausência esporádica de um médico de outra.

Portanto, o TCM não pode ser visto individualmente como um número para compor algum índice de cobertura sem uma análise de contexto. Deve-se levar em consideração que a dinâmica das ESF depende do seu público-alvo e das demais equipes que estarão no mesmo meio. Assim, analisamos o TCM dentro de cada unidade de saúde. Sob esta ótica, o município de Tabatinga possui 2 UBS com pelo menos um ano contínuo de atuação do profissional médico. Os

gráficos a seguir abordam a produção de duas UBS, com o fluxo intenso de estrangeiros e a presença do PMM.

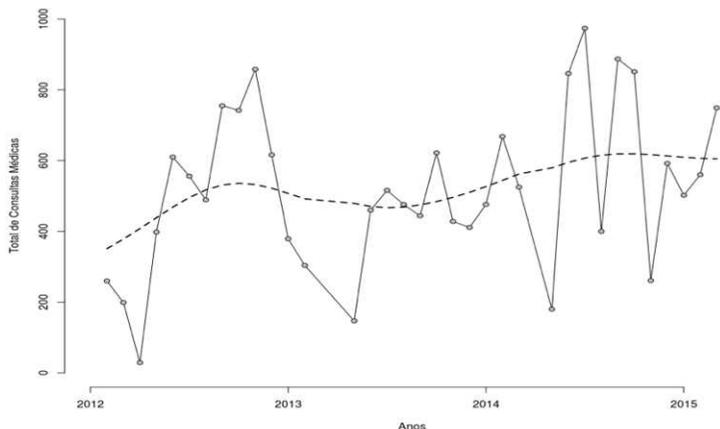


Gráfico 10 - Total de Consultas Médicas por ano, Tabatinga - Amazonas, 2018

O gráfico acima apresenta o total de consultas médicas mensais registradas na Unidade, e a linha de tendência estimada no período. Neste período, esta unidade teve 4 equipes, cada uma com suas peculiaridades:

- Equipe 1:** Surge como uma equipe tradicional em 2012/03 e continua ativa até 2013/10 quando recebe um profissional do PMM. Chegando em 2014/12 ela volta a ser uma equipe tradicional e assim permanece até 2015/2.
- Equipe 2:** Surge em 2012/1 como uma equipe tradicional e assim permanece até 2013/9 quando se torna equipe com profissional do PMM. Assim permanece até 2015/2.
- Equipe 3:** É uma equipe tradicional que surge em apenas 4 meses: julho e agosto de 2012 e setembro e outubro de 2013.
- Equipe 4:** Surge como uma equipe tradicional em 2014/04 mas se torna MM no mês seguinte e permanece assim até 2015/1 (não há registro de 2015/2).

Já o gráfico a seguir, explora o TCM por equipe e mês na UBS supracitada. Tem-se respectivamente: Em marrom, Equipe 1; verde, Equipe 2; laranja, Equipe 3; Roxo, Equipe 4. Círculos: mês no qual a equipe não era MM; Quadrados: mês com equipe MM.

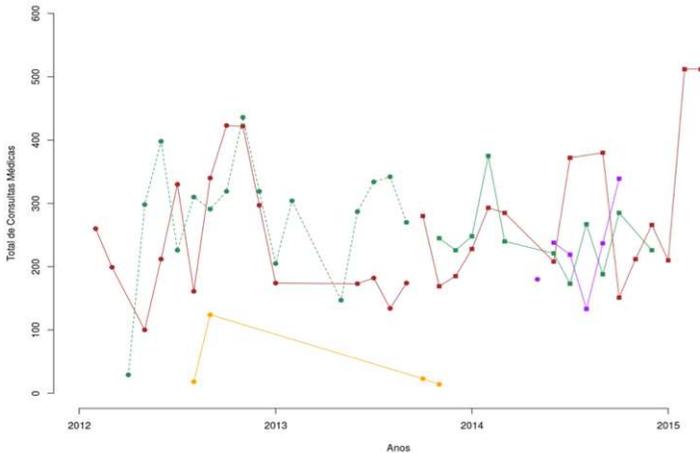


Gráfico 11 - Total de Consultas Médicas por mês e equipe, Tabatinga - Amazonas, 2018

Esta unidade apresenta uma tendência não decrescente, semelhante com a encontrada em outras UBS analisadas, mas possui uma taxa de crescimento da TCM maior, provavelmente pelo número de equipes atuando simultaneamente (Gráfico 11). Nesse mesmo gráfico podemos ver que gradativamente a Equipe 1 começa a fazer mais atendimento a partir do momento que se torna MM.

A seguir, tem-se a análise das produções por Equipe Saúde da Família, no município de Tabatinga.

**TABELA 3** - Indicadores de produção mensal por equipe ESF relativas à saúde materna no município de Tabatinga-AM, no período de 2012 a 2014, Tabatinga - Amazonas, 2018.

INDICADORES	CONVENCIONAL	MM	TOTAL	Valor de P
	N mediana (IIQ)	n mediana (IIQ)	n mediana (IIQ)	
Produção do total de Consultas médicas	173 222 (159-274)	53 238 (209-282)	226 228 (172-275)	0,08
Atendimentos de pré-natal	114 41 (28,8-49,0)	40 35,5 (28,3-44,8)	154 40 (28,8-48,0)	0,47
Estimativa de atendimentos de pré-natal ao ano	108 16,1 (12-20,4)	33 18,9 (13,8-29,3)	141 16,4 (12,2-22,7)	0,02
Gestantes cadastradas	161 31 (24-37,5)	12 21 (17-30)	206 29 (21-37)	<0,001
Proporção de Gestantes acompanhadas em relação as cadastradas (%)	160 100 (97,2-100)	44 100 (95,8-100)	204 100 (97,2-100)	0,54

<b>Exames de Ultrassonografia (Pré-natal)</b>	165 6 (0,5-10)	47 3 (0,0-11)	212 5 (0,3-10)	0,56
<b>Proporção de Gestantes vacinadas (%)</b>	160 96,8 (90-100)	45 100 (93,3-100)	205 97 (91,4-100)	0,01
<b>Proporção de atendimentos de pré-natal no 1º Trimestre da gestação (%)</b>	160 69 (47,8-83,7)	45 72 (42,9-85,7)	205 70,8 (47,4-83,9)	0,86

NOTA 1: Em negrito diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Teste U-Mann Whitney

NOTA 2: MM: Equipe com profissional médico do Programa Mais Médicos. Convencional: Equipe com profissional médico não pertencente ao Programa Mais Médicos. IIQ: Intervalo interquartilico.

No que tange ao desempenho do médico, há uma produção significativa e que produz efeitos importantes no acesso da atenção básica. Independentemente da nacionalidade, ou fazer parte do PMM, o profissional exerce seu papel de oferta de serviços que contribuem para a saúde de mães e crianças. Sendo assim, não há diferença no total de consultas médicas entre as equipes convencionais e do PMM.

Como observado na tabela 2, não há diferença quanto a: atendimentos de pré-natal da equipe, capacidade de acompanhamento, proporção de atendimentos de pré-natal no 1º trimestre da gestação, exames de USG solicitados. Houve maior proporção de gestantes vacinadas entre as equipes do PMM. Já em relação a atenção a saúde materna, há mais gestantes cadastradas nos territórios das equipes convencionais. Foi observado ainda maior “estimativa de atendimento de pré-natal ao ano” entre as equipes do PMM, mesmo tendo menor quantidade de atendimentos. Como as equipes de PMM contribuíram com menos meses no período total, pode ter resultado no aumento de consultas por absorção de outros territórios ou “efeito rebote” pela ausência anterior de UBS.

**TABELA 4** - Indicadores de produção mensal por equipe ESF relativas à saúde da criança no município de Tabatinga-AM, no período de 2012 a 2014, Tabatinga - Amazonas, 2018

INDICADORES	CONVENCIONAL	MM	TOTAL	Valor de P
	N mediana (IIQ)	n mediana (IIQ)	n mediana (IIQ)	
<b>Atendimentos de Puericultura</b>	156 34,3 (18-48,5)	52 13 (8-25)	208 42 (26-60,8)	<0,001
<b>Razão entre atendimentos de puericultura e N crianças &lt; 2 anos</b>	135 4,8 (3,2-6,7)	43 4,1 (2-5,6)	178 4,6 (2,9-6,7)	0,05
<b>Consultas de crianças &lt; 1 ano</b>	167 7 (4-12)	48 7 (2-11,8)	178 7 (3-12)	0,13
<b>Razão entre consultas a menores de 1 ano e N crianças &lt; 1 ano</b>	141 1,6 (0,8-2,9)	36 1,9 (0,9-4,0)	177 1,7 (0,8-3,1)	0,29
<b>Proporção de Gestantes acompanhadas em relação as cadastradas (%)</b>	158 18 (7-29,5)	49 18,5 (11-27)	207 18 (10-28)	0,57

<b>Proporção de Vacinação em menores de 1 ano (%)</b>	149 97,9 (94,1-100)	46 100 (96,8-100)	195 98,3 (94,6-100)	0,015
<b>Proporção de aleitamento exclusivo em menores de 4 meses (%)</b>	152 90,9 (82-100)	46 100 (90,7-100)	198 93,5 (82,6-100)	<0,001

NOTA 1: Em negrito diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Teste U-Mann Whitney

NOTA 2: MM: Equipe com profissional médico do Programa Mais Médicos. Convencional: Equipe com profissional médico não pertencente ao Programa Mais Médicos. IIQ: Intervalo interquartilício.

Na tabela 3, foi observado que as equipes de saúde de Tabatinga realizam consultas ou atendimentos a crianças entre as modalidades de equipes indistintamente. A maior quantidade de atendimentos de puericultura em equipes convencionais tende a desaparecer, quando consideramos a proporção de crianças menores de 2 anos no território. Percebe-se ainda que as equipes do PMM parecem ofertar melhor aderência às ações preconizadas pela atenção primária, pois apresentam maior proporção de crianças menores de 1 ano vacinadas e de crianças com aleitamento exclusivo (100% e 100% vs. 97,9% e 90,9%, respectivamente).

**TABELA 5** - Indicadores de produção mensal por equipe ESF relativas a doenças crônicas no município de Tabatinga-AM, no período de 2012 a 2014, Tabatinga - Amazonas, 2018

INDICADORES	CONVENCIONAL	MM	TOTAL	Valor de P
	N mediana (IIQ)	n mediana (IIQ)	n mediana (IIQ)	
<b>Proporção de idosos (%)</b>	173 6,4 (5,6-7,4)	53 8 (4,1-9,3)	226 7 (5,5-7,8)	<0,001
<b>Frequência de HAS cadastrados em maiores de 15 anos (%)</b>	177 5,6 (3,2-7,8)	55 6,5 (3,2-7,8)	232 5,7 (4,1-6,6)	<0,001
<b>Proporção de HAS acompanhados dentre os cadastrados (%)</b>	167 100 (94,7-100)	46 100 (98,6-100)	213 100 (96,7-100)	0,04
<b>Atendimentos a Hipertensos no ano</b>	164 2,4 (1,3-3,6)	39 3,5 (1,5-6,1)	203 2,7 (1,4-3,9)	0,004
<b>Frequência de Diabéticos cadastrados em maiores de 15 anos (%)</b>	177 1,7 (1,6-2,2)	55 2,4 (1,1-2,9)	232 1,8 (1,6-2,4)	0,001
<b>Proporção de Diabéticos acompanhados dentre os cadastrados (%)</b>	167 100 (95,5-100)	46 100 (100-100)	213 100 (96,6-100)	0,02
<b>Atendimentos a Diabéticos no ano</b>	157 3,1 (1,7-5)	41 4,3 (2,8-6,8)	198 3,4 (1,8-5,0)	0,01
<b>Razão entre proporção de HAS e proporção de idosos</b>	173 0,80 (0,77-0,89)	53 0,85 (0,76-0,92)	226 0,80 (0,76-0,89)	0,14
<b>Razão entre proporção de Diabéticos e proporção de idosos</b>	173 0,28 (0,25-0,33)	53 0,28 (0,27-0,31)	226 0,28 (0,25-0,33)	0,22

NOTA 1: Em negrito diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Teste U-Mann Whitney

NOTA 2: MM: Equipe com profissional médico do Programa Mais Médicos. Convencional: Equipe com profissional médico não pertencente ao Programa Mais Médicos. IIQ: Intervalo interquartilício.



Apesar dos resultados de atendimentos a hipertensos e a diabéticos apontarem maior quantidade entre as equipes do PMM, o efeito é menor quando consideramos a proporção de idosos entre os territórios. Isso pelo fato de que é esperado que a população idosa tenha maior prevalência destas doenças quando comparado com os mais jovens. A maior proporção de hipertensos e diabéticos acompanhados em relação aos cadastrados nas equipes do PMM em comparação com as convencionais, apontados pelos resultados do teste estatístico, estão mais relacionados à distribuição dos dados do que suas medianas – ambas com 100% de acompanhamento.

De maneira geral, observou-se que os indicadores de saúde do município de Tabatinga demonstravam singularidades entre as equipes do compostas por profissionais do PMM, com possível melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde. Achados similares foram descritos pelo grupo de pesquisa do PMM da Universidade de Brasília (UnB), onde destaca-se o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo território nacional e da satisfação dos usuários do SUS (Santos *et al.*, 2019).

## A ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA NA FRONTEIRA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A implementação do Programa Mais Médicos na fronteira tríplice do Amazonas seguiu o processo nacional, com a incorporação dos profissionais médicos nas equipes de saúde da família e a inserção no cotidiano da população. A gestão municipal e a coordenação da atenção básica compreenderam a importância do Programa para o fortalecimento da atenção básica, especialmente na realidade de fronteira.

O Programa possibilitou a contratação de profissionais médicos e outros membros da equipe de saúde de tempo integral, superando o crônico problema da rotatividade de profissionais na região. Antes do PMM os médicos que atuavam na atenção básica, na sua maioria, eram profissionais militares que vinham prestar serviço em Tabatinga. Esses ficavam, em média, dois anos, sendo transferidos para outras regiões do país. Além disso, a contratação era complementar aos seus serviços no hospital de guarnição do município, dificultando a execução de uma atenção coerente com os princípios da atenção básica.

Segundo a coordenadora da atenção básica, a atuação desses médicos foi importante para a atenção básica, permitindo a atuação da equipe multiprofissional de saúde. No entanto, a presença dos profissionais do Programa Mais Médicos favoreceu a dinâmica e o fluxo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do município. Outros profissionais e trabalhadores também falam sobre o provimento de profissionais médicos:

Antes do Programa a situação da saúde estava bem ruinzinha porque faltava médico todo o tempo aqui. É uma área que quase não tem médico que quer vir atuar na fronteira, não sei se por falta de oportunidade, não sei se salário, sei que os médicos não querem vir pra cá. Aí o Mais Médicos deu essa ajuda. Assim, a população tem atendimento com mais qualidade e com mais disponibilidade que antes não tinha (P2).

Antigamente era só um médico, era aquele médico e pronto. A gente tinha que aceitar a forma que ele tratava a gente. Hoje em dia não, tem vários médicos (ACS).

Ficou evidente nos depoimentos que antes do Programa Mais Médicos havia um grande problema na contratação de médicos, tendo que fazer diferentes arranjos no processo de trabalho. Os profissionais de saúde também sentiam que esse tipo de contratação sobrecarregava o trabalho da equipe, com a presença médica quase que exclusivamente na assistência e no atendimento clínico na relação queixa-conduta. Desse modo, havia pouco envolvimento dos profissionais médicos nas ações de promoção, educação e planejamento das ações de saúde no território. Os relatos dos profissionais destacam que a presença do médico do Programa auxiliou e reforçou as ações de promoção, valorizando o cuidado e fortalecendo o vínculo com a equipe multiprofissional.

Ajuda bastante. Tipo, eu tô fazendo um curativo ali mesmo, aí tem uma coisa que eu acho que não... aí eu bato na sala, ele [o médico] vai lá e fala é isso, isso, isso. Agora, se não tem o médico, era pegar o paciente e levar para a UPA, tendo que pedir ambulância... Ele [o médico do PMM] estando, aí já resolve aqui mesmo (GF2).

A gente trabalha como equipe. Que hoje, por exemplo, eu falo, colhendo preventivo e quando identifique uma anormalidade, eu chamo ele, ele vai lá dar uma olhadinha e a gente tenta resolver. É uma equipe. É bom ter ele em tempo integral, porque tá o tempo todo aqui, tirando as dúvidas de qualquer profissional (P3).

A melhoria do cuidado e o fortalecimento da equipe da unidade de saúde também foram descritos por Gasparini e Furtado (2019), que em sua pesquisa mencionam ainda maior fluidez na comunicação e na resolutividade das demandas cotidianas da unidade. Além disso, os autores destacam a melhoria da relação com os Agentes Comunitários de Saúde e conseqüentemente um aumento na demanda assistencial.

Os profissionais entendem que o PMM fortaleceu a concepção e a efetividade da equipe multiprofissional e se sentem mais seguros com a presença do médico. Os trabalhadores sabem que podem contar com a ajuda desse profissional porque está presente em tempo integral na Unidade Básica de Saúde, auxiliando na resolutividade das demandas do cotidiano da equipe. A presença dos profissio-



nais médicos contribuiu com a ampliação do acesso e da qualidade do cuidado. Por outro lado, houve um aumento da demanda nas unidades, que ficou evidente não somente nas entrevistas, mas também na análise quantitativa da produção das equipes. Assim, os usuários “estão vendo que tem mais disponibilidade, mais vagas, então procuram mais” (P2).

Em relação ao provimento dos profissionais na atenção básica, fica premente a importância do Programa na região de fronteira, pois muitas vezes a gestão municipal dependia de profissionais vinculados às outras esferas administrativas e à livre contratação de profissionais através de processos seletivos para suprir as equipes para uma cobertura adequada da estratégia da saúde da família.

O que acontece é que havia municípios que não tinham médicos, então o Programa trouxe os médicos. Para nós, o que ele fez foi diminuir a nossa rotatividade porque quem a gente tinha? Os militares. Porque é isso, para nós, tinha médico, por causa do exército (...)(G1).

A gestão e profissionais de saúde foram enfáticos em afirmar que a presença do PMM diminuiu a rotatividade dos profissionais. Observa-se também que os discursos sobre o Programa são positivos, de forma a enaltecer a figura do profissional e da criação de vínculo com a população.

O Mais Médicos, nesse sentido de rotatividade, melhorou porque é o Programa que os mantém aqui na unidade (G1).

O programa Mais Médicos é uma coisa muito boa porque o médico tem total compromisso. Ele não vai dizer: “*hoje vou embora, não quero mais trabalhar na prefeitura*”, deixando o município na mão. Ele não vai poder fazer isso. Então se faz aquele vínculo mesmo. Eu falo que a gente é uma família bem grande (P1).

A gestão afirma que havia grande dificuldade na fixação dos profissionais médicos no município. Consequentemente, havia necessidade de fazer arranjos contratuais para a manutenção da atenção básica no município. No caso dos especialistas, o hospital e UPA são importantes para a fixação dos profissionais, principalmente aquele que vêm pelo exército. A possibilidade de ter outro contrato contribui para que os profissionais permaneçam na região por mais tempo.

Como mencionam Mourão Netto *et al.* (2018) houve redução da escassez de médicos em todas as regiões do Brasil. Especificamente a região norte fora a que recebeu maior aporte de profissionais pelo PMM. Em Tabatinga, através das falas dos profissionais da saúde entrevistados é possível compreender que a presença desses profissionais auxiliou no estabelecimento de vínculo entre a população e o médico que era direcionado para aquela unidade de saúde, e não disponibilizado apenas por tempo determinado.

O discurso pela falta de especialistas é recorrente na fala de gestores e profissionais de saúde, sendo apontado pelos médicos do PMM como um dos grandes desafios da atenção básica. A região amazônica já traz em si o desafio de criar o acesso para as populações da floresta. Uma das formas de enfrentar o problema é a utilização do recurso de Telessaúde, que proporciona ao médico da atenção básica do município de Tabatinga encaminhar casos específicos aos médicos especialistas da capital do Estado.

O recurso do Telessaúde é destacado pelos profissionais como sendo bem importante para dirimir as dificuldades na falta de especialistas na região. Os médicos do PMM tiveram oportunidade de discutir casos da Atenção Básica - AB com profissionais de Manaus, ampliando a sua capacidade resolutive, sem a necessidade de submeter o usuário ao estresse da viagem. Em Tabatinga o Telessaúde conta com duas salas com equipamentos e conexão via satélite: uma UBS Dídimo Pires e outra no Hospital de Guarnição do Exército. Os médicos do PMM utilizam a sala da UBS. O Telessaúde contribui com a troca de informações sobre os casos e a conduta mais adequada para a situação do paciente. Do mesmo modo, é possível solicitar exames, como eletrocardiograma, que são avaliados e entregues no formato digital.

Hoje a gente conta com a ferramenta da Telemedicina, Telessaúde. Para os casos mais específicos solicitamos a consulta com o Telemedicina. Solicitamos a opinião de um especialista para uma posterior conduta nossa, é claro que é muito melhor ouvir um especialista e tomar uma conduta com muito mais responsabilidade. É uma ferramenta muito importante, de muita ajuda mesmo (M4).

Esses casos que a gente tem, que suspeitamos, que precisa de uma série de especialistas, que é mais complicado, a gente passa pelo telessaúde. Cada médico tem seu dia de *Telessaúde* (M5).

Apesar da Telemedicina ser uma ferramenta eficiente na troca de informações médicas, segundo a coordenação da atenção básica, há a necessidade da presença física do profissional Médico nas unidades de saúde. Nesse sentido, a provisão destes profissionais pelo PMM para regiões com menor capacidade de captação e fixação de profissionais é de extrema necessidade, principalmente quando falamos de municípios do interior da Amazônia e distantes da capital, como na fronteira. Os profissionais valorizam muito a possibilidade de ter uma segunda opinião, mas também a oportunidade de realizar diversas capacitações e qualificações em diferentes temas da saúde. Por outro lado, a gestão descreve as dificuldades no uso do Telessaúde pela questão do tempo da reposta para os casos consultados devido ao tempo entre o diagnóstico e o tratamento.

Em relação à produção do médico do PMM, segundo os entrevistados houve um aumento dos encaminhamentos aos serviços de média complexidade e para a



realização de exames. Isso é explicado pelos profissionais devido à permanência do médico em tempo integral na UBS. Por outro lado, os entrevistados destacam a dificuldade na realização das transferências fora de domicílio – TFD, devido aos grandes problemas de transporte no interior do Estado do Amazonas.

Mesmo porque aqui, o encaminhamento é um pouco difícil. Você faz um encaminhamento aqui, não é igual na cidade ou em outra região do Brasil, a pessoa pega um ônibus, vai 100 quilômetros, aqui não. Aqui é quatro a cinco dias de barco. E a maioria das pessoas não tem condições nem de ir. Então se torna um pouco difícil, só se faz o encaminhamento quando se esgota todas as opções mesmo, quando não tem outra opção (M1).

Quanto ao trabalho da equipe é importante destacar que o PMM ampliou tanto o escopo de práticas da equipe como deu oportunidade para os profissionais vivenciarem experiências diferentes daquelas apresentadas durante sua formação e sua experiência profissional anterior. A presença do médico, especialmente os cooperados, deu a oportunidade de compartilhar com profissionais que trazem a experiência internacional e a formação médica que envolve especialidade na saúde da família. No Brasil, de forma geral, dentre os anos de 2013 a 2015 houve aumento no número total de consultas da Estratégia Saúde da Família (ESF), Pinto et al. (2017) mencionam que os municípios que aderiram ao PMM tiveram um crescimento de 33% comparado a 15% entre aqueles que não participaram.

A partir de uma breve análise dos diferentes cenários presentes no momento de implantação do PMM em Tabatinga, e já na entrada do segundo ciclo do programa, observou-se que, no primeiro ciclo (2013 a 2016) houve grande presença de médicos cooperados, que já apresentavam experiência no campo da saúde pública, através de outras missões internacionais. Vale ressaltar que a população foi bastante receptiva com os profissionais cubanos, inclusive um desses médicos recebeu o título de cidadão tabatinguense. Já o segundo ciclo iniciou de maneira diferenciada, com uma maior adesão por parte dos profissionais brasileiros, em um cenário cordial, tendo em vista o amadurecimento do programa. Dessa forma, verificou-se grande participação dos profissionais brasileiros, principalmente os recém-formados, que buscavam adquirir experiência profissional, o que gerou mudanças no cotidiano assistencial e na organização do trabalho. Cabe destacar também que alguns profissionais que atuavam na atenção básica são naturais do município de Tabatinga, ou da região do Alto Solimões, que ao completarem sua graduação demonstraram interesse em retornar para a cidade de origem.

Pra mim o que grita, primeiro de tudo, é a experiência dos primeiros médicos do Programa porque tinham, realmente, experiência na atenção básica (G1).

Segundo a gestão, as diferenças na formação profissional impactam na assistência realizada pelos profissionais, gerando a reflexão sobre a relação entre a formação e os serviços de saúde. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) tem uma forte orientação para que os estudantes se insiram no contexto da atenção básica desde o início da formação. No entanto, há necessidade de monitorar e avaliar esse processo formativo, pois ainda há resistência à proposta de inserção dos estudantes na atenção básica, o que favorece a predominância do modelo disciplinar e biomédico.

Os gestores afirmam que os profissionais do novo ciclo encontram dificuldades com as especificidades regionais, bem como em desenvolver as técnicas e os programas do sistema de saúde.

A gente teve três, dois na saúde indígena e um aqui, de você ficar admirado a 'expertise' deles em algumas áreas como pré-natal, parto humanizado, os pacientes que são os crônicos. Os de agora não conseguem nem pensar que aquela é uma sintomatologia de malária, por exemplo. E não tão vindo de regiões diferentes da nossa, tão vindo da região norte (G1).

O que nos chama a atenção desse recorte discursivo da gestão é o questionamento da formação voltada para a atenção básica, e também para o conhecimento das características da região. Desse modo, os médicos cubanos são reconhecidos pela sua formação voltada para a saúde da família e comunidade, e pela disponibilidade em incorporar novos conhecimentos para a suas práticas de cuidado. É inevitável olharmos para os diferentes modelos de formação e as necessidades da política de atenção básica.

O Programa Melhor em Casa (PMC) foi outro ponto levantado pela gestão que demandam cuidados mais específicos dos usuários. Os médicos do PMM auxiliam no fortalecimento do PMC, evitando os encaminhamentos e referências desnecessárias. As demandas que antes eram referenciadas para à média complexidade, fora do município, passaram a ser absorvidas e resolvidas pelo Programa Melhor em Casa. Posteriormente, o acompanhamento desses usuários permanece com a Equipe de Saúde da Família (ESF).

No grupo experiente sabiam, embora eles não conhecessem as normativas que regiam o Melhor em Casa, demandavam muito mais e cobravam muito mais. Como as pessoas agora não tem experiência, elas referenciam (G1).

Os profissionais ainda destacam que os tratamentos naturais, não intervencionistas e que valorizam os produtos regionais, são muito valorizados pelos médicos cubanos, pois acreditam que faz parte da sua formação e na experiência profissio-

nal. Observamos que os médicos estimulam o uso de chás e plantas medicinais nos tratamentos de algumas doenças, como um importante complemento do processo de cura.

Em relação à diversidade cultural da fronteira, os profissionais médicos se deparam não apenas com o fluxo de estrangeiros, mas também com as especificidades na atenção à saúde às populações indígenas que buscam o serviço da atenção básica.

Os indígenas têm um modo de ver, a opinião deles e isso geralmente tem que ser respeitado. Quando uma criança adocece, eles têm o rezador que pode rezar, pode passar alguns medicamentos pra ele fazer... tem que ter respeito, é tradição deles, cultura deles. Mas eu posso ir tratando também, posso entrar com recurso nosso, por aqui também (M3).

(...) quem não conhece a região, a parte do Amazonas também não entenderia muitas coisas que acontecem aqui. Então acho que quem não vem com a cabeça aberta para respeitadas as crenças do outro, porque é uma coisa que vem da avó, da mãe, você não pode lutar contra isso (M6).

Segundo os profissionais o idioma não constituiu barreira para produção do cuidado, pois a diversidade de culturas e línguas diferentes na região de fronteira proporciona uma convivência multicultural e interétnica singular. Além das línguas indígenas faladas, há a cultura da fronteira em se falar o espanhol nas transações comerciais e no cotidiano das famílias. Outro aspecto a destacar é das relações de parentesco entre os países fronteiriços ampliando a compreensão das línguas faladas.

## BRASILEIROS OU BRASILEÑOS: O ACESSO AO SUS NA TRÍPLICE FRONTEIRA

A região de tríplice fronteira apresenta características e arranjos assistenciais específicos que busca dar acesso e cuidado para toda a população que vive na fronteira. O Sistema de saúde brasileiro, embasado no princípio da universalidade, se apresenta como uma grande oportunidade de assistência e cuidado em saúde para todas as pessoas que vivem em um território de constante fluxo, onde a questão da nacionalidade se borra pelas questões do trabalho, do parentesco e das trocas comerciais, políticas e culturais. Segundo o Secretário de saúde do município, *“o território da fronteira é um só, com uma mistura de cultura, de famílias e tradições. Aqui há uma cultura de fronteira.”*

Os profissionais que atuam na atenção básica foram questionados sobre o modo como identificam e registram a produção realizada com os estrangeiros, sabendo que há um fluxo intenso de colombianos e peruanos que utilizam os servi-

ços de saúde brasileiros. A fala destacada, que se apresenta em unanimidade nos discursos é de que o SUS é universal, logo todas as pessoas são atendidas independente de sua nacionalidade. Portanto, o direito à saúde, em todos os seus níveis assistenciais, se concretiza na relação com diferentes culturas, línguas e nações.

(...) tem muitas grávidas que ficam um período, o que complica a gente, é que elas já vêm próximo de ter o bebê. Aí, isso é difícil porque a gente vai iniciar um pré-natal já com oito meses, com receio de ter alguma complicação e a gente ter que responder por aquilo. Mas tem que aceitar (P1).

A gente tem recebido bastante estrangeiro, peruano, colombiano, muitos deles pessoas de baixa renda, mais humildes, por assim dizer. Para seguir os protocolos do SUS de universalidade e de facilidade de acesso, temos atendido essas pessoas, conforme têm os seus registros no SUS. Eles recebem e solicitam a ficha e são atendidos convencionalmente. É feita a atenção, a prescrição, e os demais atendimentos conforme é norma do SUS (M2).

Olha, eu acho que aqui elas vêm a gente tem toda uma facilidade, não entra em fila, não marca consulta, aqui no posto já sai com a ultrassom agendada, os exames já são solicitados, alguns são feitos no posto, teste rápido. Eu acho que é a facilidade. Chegou na UPA com a carteirinha, vai ter o bebê, vai ter todo aquele atendimento que talvez no seu país seja mais precário. Principalmente no Peru. Colombiano geralmente usam um plano, que é uma taxa que não é tão alta. Uma das últimas que fiz o pré-natal da Colômbia, deixou de pagar o plano, por causa das condições financeiras, então veio pra casa da tia. Mas a gente percebe que é estratégia para fazer o pré-natal, para ter todos esses exames, sem ter que pagar. Lá, vai ter que pagar, pelo menos o plano que era a taxa ela vai ter que pagar (P1).

Os profissionais reconhecem o direito à saúde, bem como as diferenças entre os sistemas de saúde. É destaque na fala dos profissionais o alto número de gestantes estrangeiras que buscam realizar o pré-natal, parto e nascimento no Brasil. Os entrevistados relatam que colombianos e principalmente peruanos cruzam a fronteira para que a criança tenha nacionalidade brasileira. Segundo esses, o motivo da atração se dá pelos benefícios e direitos sociais disponibilizados pelo Brasil. Estes seriam: bolsa família, auxílio maternidade, acesso à escola pública, entre outros. Notamos também que há certo descontentamento por parte dos brasileiros, uma vez que os estrangeiros conseguem documentação e benefícios nacionais com relativa facilidade dentro do território geográfico brasileiro.

No gráfico abaixo é possível observar que o maior percentual de atendimento a estrangeiros se encontra nas UBS Dídimo Pires e Santa Rosa/GM3. São estas UBS que se localizam nas áreas mais próximas à fronteira terrestre com Letícia, e ao Por-

to de Tabatinga, onde há relatos de alto fluxo de peruanos. A maioria da população atendida é residente no Brasil, mesmo sendo estrangeiro, o usuário, geralmente, comprova com documentos um endereço na área coberta pela ESF sendo dele ou de um parente ou tendo o Registro Nacional de Estrangeiro tirando assim o cartão do SUS tendo o acesso garantido aos programas.

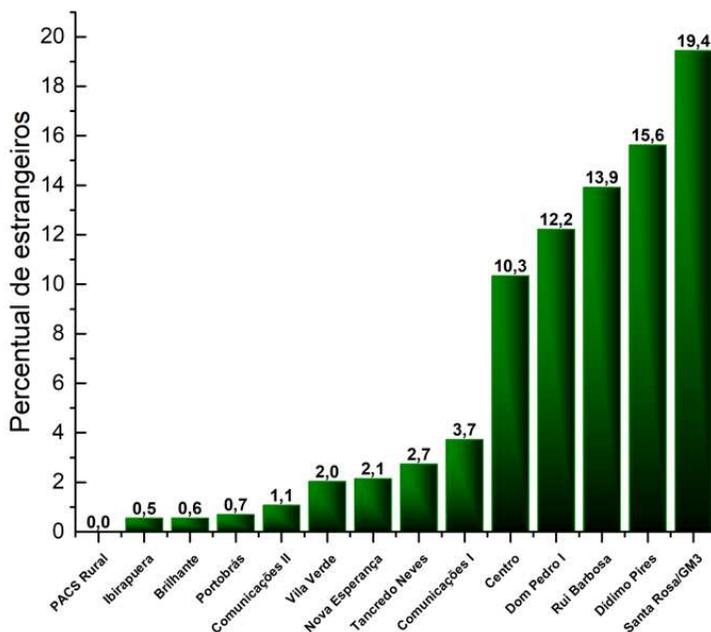


Gráfico 12 - percentual de estrangeiros cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Tabatinga, Tabatinga - Amazonas, 2018

A UBS do município não atende apenas a população adscrita em sua área, mas também assiste qualquer pessoa que necessite de cuidados médicos dentro de sua esfera de competência. Com relação ao cadastro desses usuários atendidos nas vagas de consultas correspondentes a livre demanda nas unidades de saúde, cada unidade apresenta uma pasta nominada “diversos”, em que é feito o registro e preenchimento de um prontuário manualmente e armazenando nesta pasta. Havendo nova procura por atendimento, pelo estrangeiro, seu prontuário será procurado nesses arquivos, que estão separados daquelas das famílias cadastradas nas áreas de cobertura da UBS.

Quem tem prioridade imediato de ser atendido e que tem que tirar de imediato o cartão SUS? As gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e as crianças. E aí se um outro estrangeiro não se enquadra em

nenhuma dessas populações que eu acabei de citar ele tem que estar residindo conosco a pelo menos seis meses e aí a gente faz todo esse trâmite, mas independente de documento, eu digo que nós não atendemos nacionalidade, nós atendemos pessoas, então ele vai ser sempre acolhido com ou sem cartão SUS (P5).

Os registros deles são através de busca ativa na área ou vem até nós porque para que a gente consiga inserir eles no SUS, precisamos ter alguns critérios, primeiro tem que ter o cartão do SUS, mas aí ele tem que ter tanto tempo morando naquela área, porque é muito fácil ele vir de lá pra cá e diz que mora em tal lugar. Se não tivermos esse controle não conseguimos fazer o acompanhamento, porque ocorre de muitos dizerem que moram naquilo ali mas acontece de ser só um amigo e eles vem... vou dar exemplo do pré-natal. Eles vêm só para pegar o cartão pra levar pra maternidade e pra ter o registro que a criança nasceu no Brasil (P1).

No discurso citado anteriormente, verifica-se a convicção com que os profissionais de saúde defendem a universalidade e o direito humano fundamental de acesso à saúde. Em algumas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assiste muito mais estrangeiros que brasileiros, pois trata-se de pessoas que residem do lado brasileiro da fronteira e que fixaram residência no território. O recorte: *“nós não atendemos nacionalidade, nós atendemos pessoas”*, provido de valorização política e social, é presente na maioria dos profissionais, que compreendem que o cuidado à população independe do contexto territorial e político.

Não apenas o sistema de saúde brasileiro é procurado com objetivo de sanar a insuficiência dos serviços de saúde dos outros países que compõe o território de fronteira. A busca pela integralidade, faz com brasileiros encontrem no sistema colombiano as especialidades que se ausentes no território brasileiro, o que caracteriza um fluxo específico da região de fronteira.

(...) temos brasileiro que faz pré-natal na Colômbia, ele vai lá faz os exames tudinho mas ele é acompanhado por aqui. Ela vai com o ginecologista obstetra, faz os exames e retorna na unidade então a gente consegue fazer esses dois vínculos aqui, mas daqui pra lá não em nenhuma situação (P1).

(...) não tem esse controle, o fluxo de brasileiros que utilizam o sistema da Colômbia, por que a Colômbia, o que que acontece, algumas especialidades a gente não têm. No interior, falta. E a Colômbia, no caso Letícia, por ser uma capital têm essas especialidades lá, então os médicos particulares que normalmente brasileiro acaba buscando. As pessoas de fora, os militares, enfim acabam buscando lá, então não temos a noção de quantos procuram lá, mas tem bastante (P4).

“Mas gente que procura tem um poder aquisitivo diferente da população daqui da própria cidade, entende? (P5).



Porém, apesar desta utilização, os profissionais notam que o uso do sistema colombiano não é comum para a grande parte da população da região, ou seja, essa permanece dependente do SUS para suprir a necessidade de especialistas, uma vez que os serviços no outro país não são gratuitos. Pois mesmo tendo valores inferiores aos cobrados no Brasil, o poder aquisitivo da população não corresponde ao gasto em saúde. Outro aspecto que atrai os estrangeiros é o acesso à medicamentos e diferentes testes utilizados na rede do SUS devido a gratuidade, principalmente das doenças crônicas e infectocontagiosas.

Medicamentos, justamente, por aqui é gratuito. Até teste rápido de HIV, teste rápido de Hepatite, sífilis, lá tem uma taxa que eles pagam para realizar esses exames, então eles acabam buscando aqui. Pela comodidade, por ser atendido mesmo através da nossa universalidade do SUS. Então, eles tiram o cadastro aqui, e tudo, e fazem atendimento. É muita gente assim, não é pouco não. A gente não sabe mensurar, na verdade não sabe dizer a quantidade, mas é um fluxo bem grande (T2).

Tanto que a gente já recebeu caso aqui, caso com diagnóstico positivo lá, mas ele vem refazer de novo aqui só para pegar o medicamento no Brasil. A pessoa já sabe que tá com tuberculose, mas ele vem repetir aqui, só para ter o medicamento gratuito (T3).

A partir dos discursos citados anteriormente, é possível identificar que alguns profissionais possuem resistência à realização desses tratamentos no território brasileiro, uma vez que os medicamentos precisam ser divididos entre brasileiros e estrangeiros. Na carência de medicamentos, pois o recurso é finito e limitado, os profissionais, os coordenadores e gestores se deparam diante do dilema de uma atenção integral e universal. No entanto, é claro no discurso dos gestores e profissionais que a atenção não privilegia um e outro, mas busca fazer uma gestão do cuidado e dos recursos.

Entretanto, o próximo relato demonstra como a profissional do PMM consegue fazer distinção entre a necessidade e o desejo de ser atendido no Brasil.

Uma das principais características que eu vejo é a atenção mais basicamente à população humilde. Porque, como posso ver é que a maioria das pessoas que tem recurso, deixam para fazer o atendimento em seus respectivos países. Ou até mesmo aqui do Brasil preferem ir lá do outro lado para ter acesso aos especialistas. Então as pessoas que nos procuram é mesmo quem não tem condições, que não tem condições de comprar medicação, de fazer algum exame, então, necessidade do suporte da unidade (M2).

A busca dos serviços por estrangeiros, em sua maioria, se dá por questões econômicas e sociais, pois os sistemas de saúde dos outros países são predominantemente contributivos. A população estrangeira que tem residência no Brasil ou que

apenas trabalha tem como característica empregos informais com base no comércio de produtos agrícolas que são comercializados nas feiras e bancas improvisadas.

Podemos concluir que o princípio de Universalidade do SUS, garantido constitucionalmente, trata da saúde como um direito de cidadania e dever do estado, incluindo tanto brasileiros natos como estrangeiros residentes no país. A Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) preconiza o serviço num território adstrito para planejar e programar o desenvolvimento das ações setoriais e intersetoriais para intervir sobre os condicionantes e determinantes da saúde da população no território pelo princípio da equidade. Mas o que observamos é um território vivo e que prática cotidiana dos profissionais de saúde, o território é uma fronteira fluida, de movimentos de pessoas que constroem as suas redes vivas na produção do cuidado e de saúde.

A pesquisa apontou a impossibilidade de realizar uma triagem e registro da população atendida utilizando o critério nacionalidades, uma vez que muitas são as formas de presença do outro, do estrangeiro, do diferente no território, pois encontramos as situações de dupla nacionalidade, casamentos mistos, histórias de longa permanência no país, nômades que percorrem os diferentes territórios com uma enorme capacidade de plasticidade e resiliência, se ajustando aos costumes e normas dos locais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da fronteira com a especificidade de um fluxo migratório pendular de estrangeiros e brasileiros que usam serviços de saúde mutuamente entre países compreende ser uma característica singular da tríplice fronteira amazônica. Diferente de outros cenários de fronteira da região norte, o estudo demonstrou que o uso da atenção básica no Brasil, analisada pela perspectiva da dinâmica populacional, é mediada pela necessidade de saúde e busca de garantias sociais associadas, uma vez que o SUS é o único sistema universal ofertado dentre os países e que são reconhecidos de boa qualidade com ampla proteção social pelos colombianos e peruanos, principalmente.

Não obstante a isso, o PMM é reconhecidamente uma política de fortalecimento da atenção básica e que garante os direitos do cidadão ao acesso à atenção primária a saúde indistintamente qual seja sua origem. Sendo assim, foi possível observar que a produção ambulatorial de novas equipes de saúde cadastradas, em sua maioria pertencentes ao MM, apresentou tendência de crescimento no total de consultas médicas, o que permitiu inferir sobre a demanda reprimida nas regiões de fronteira.

Além disso, evidenciou-se que com a presença do PMM, houve uma melhoria da promoção do cuidado em saúde, melhor vínculo de trabalho com a equipe multiprofissional, diminuição da rotatividade de médicos na região e maior atração de

estrangeiros para o uso da atenção primária à saúde no Brasil. Em regiões de fronteira a presença do PMM reforçou a ideia do direito humano à saúde ofertado pelo SUS independente da nacionalidade dos usuários e promoveu o fortalecimento do direito à saúde como direito fundamental a promoção da vida humana.

A implantação do Programa Mais Médicos em área de fronteira consistiu em política suplementar fundamental para o fortalecimento da atenção primária à saúde em contexto de grande vulnerabilidade social na Amazônia e um componente de resiliência do SUS nesse território. O desconhecimento por parte dos gestores estaduais e federais das especificidades da região fez com que arranjos administrativos fossem gerados, visando suprir a demanda extra de estrangeiros que os serviços de saúde possuíam. Reitera-se também as dificuldades que os gestores de saúde em regiões de fronteira enfrentam para gerir os serviços locais uma vez que não há sistemas que monitorem ou quantifiquem o uso da rede de saúde brasileira pelos estrangeiros.

Logo, defende-se a necessidade de diálogo e cooperação internacional entre os países que vivenciam o uso misto dos sistemas de saúde por parte da população que vive em regiões de fronteira. Dessa forma é possível estabelecer articulações entre os gestores locais e estratégias que fortaleçam a atenção à saúde, sem gerar excesso de demanda de forma unilateral.

Além disso, temáticas podem ser objetos de estudo com o enfoque dos “Mais Médicos” inerente como, a interface entre migração e saúde, permeadas pelas características das desigualdades sociais e iniquidades em saúde, bem como a vigilância em saúde nas fronteiras, cuja intenção seria a comunicação entre sistemas de saúde entre países e dinâmicas de controle, monitoramento e avaliação de sistemas comparados de saúde na faixa de fronteira. Nestas sugestões, o PMM contribuiu sobremaneira como analisador de políticas públicas de provimento de recursos humanos, no que se refere a qualidade, acesso da atenção básica no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcalde-rabanal, J. E.; Lazo-González, O.; Nigenda, G. (2011) Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, v. 53, n. Suppl 2, p. s243-s254, 2011. Disponível em: <<http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/88778>>.

BRASIL. (1979) Lei N° 6.634, de 2 de Maio de 1979. **Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei n° 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências**. Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. (2013) Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de

julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 out.2013. Seção 1, p.1.

\_\_\_\_\_. (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 organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF.

Cárdenas, W. I. L.; Pereira, A. M. M.; Machado, C. V. (2017) Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. suppl 2, p. 1-16.

Colômbia. (1993) República da. **Ley 100 de 1993**. Bogotá, 1993. Disponível em: <[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)>. Acesso em 22 jun. 2018

D'ávila, L. S.; Saliba, G. R. (2017) A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 15.

Faria, CAP. (2003) Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29.

Fernandes, C.A. (2013) **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. São Carlos, SP: Editora: Claraluz.

Gadelha, C.A.G; Costa, L. (2007). Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, suppl. 2, p.S214-26.

Gasparini, M. F. V.; Furtado, J. P. (2019) Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 30-42.

Giovanella, L.; Almeida, P. F. de. (2017) Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. suppl 2.

Lazo-gonzales, O.; Alcalde-Rabanal, J.; Espinosa-Henao, O. (2016) **El Sistema de Salud en Perú: Situación y Desafíos**. Lima: Colégio Médico del Peru, 84p.

Levino, A.; Carvalho, E. F. De. (2011) Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 5, p. 490-500.

- Lima, R.T.S et al. (2016) A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2685-96.
- Magalhães, B.; Mariani, B. (2010) Processos de subjetivação e identificação: ideologia e inconsciente. **Linguagem em (Dis)curso**, Santa Catarina, v. 10, n. 2, p. 391-408.
- Menicucci, T.M.G. (2006). Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.2, p. 72-87.
- Minayo, M.C.S. (1999) **O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 406p.
- Miranda, G. M. D. et al. (2017) A ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131-145.
- Moreira, L. A. L. (2012) Análise do discurso no Brasil : reflexões acerca de sua construção teórico-metodológica. **Revista Leitura**, v. 2, n. 50, p. 109-133.
- Mourão Netto, J. J. et al. (2018) Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, p. 1-7.
- Oliveira, J.P.A; Sanchez, M.N; Santos, L.M.P. (2016) O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.9, 2719-27.
- Orlandi, E.P. (2015) **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes.
- ONU, Organização das Nações Unidas. (2021) **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 06 set. 2021.
- Pêcheux, M.(2009) **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: UNICAMP.
- Peiter, P.; Machado, L.O.; Rojas, L.I.. (2008) Doenças transmissíveis na faixa de fronteira Amazônica: o caso da malária. In: Miranda, A.C.; Barcellos, C.; Moreira, J.C.; Monken, M. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Pág. 257-272.
- Pereira, L. L.; Pacheco, L. (2017). O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazôni-

ca, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1.

Peru, Ministerio de Salud del Perú. (2015) Análisis de Situación de Salud del departamento Loreto. In: **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades**, Lima, 2015. Disponível em: <[http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis\\_loreto.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_loreto.pdf)>.

Pinto, H. A. et al. (2017) Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1087-1101.

Preuss, L. T. (2018) A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 324-335.

Ribeiro, JM et al. (2017) Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n. 4, 1031-44.

Sanabria, C. A. P.; Chaves, S. C. L.(2014) Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 35-49.

Santos, W. D. et al. (2019) Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 256-268.

Scheffer, M. et al. (2018) **Demografia Médica no Brasil - 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina.

Scheffer, M. et al. (2020) **Demografia Médica no Brasil - 2020**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina.

Schweickardt, J.C; et al. (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**. Porto Alegre: Rede Unida.

Silva, P. L. B; Melo, M. A. B. (2020) O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Caderno NEPP/UNICAMP**, Campinas, n. 48, p. 1-16.

Yin, R. K. (2001) **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 290p.

# A Pandemia, a saúde das populações indígenas e o programa Mais Médicos: Afirmação do bem viver entre movimentos do território líquido

*Tatiane da Rosa Vasconcelos  
Júlio Cesar Schweickardt  
João Paulo Barreto  
Alcindo Antônio Ferla*

## INTRODUÇÃO

**A** temática da saúde dos povos indígenas é uma questão que atravessa este livro e, também, as pesquisas que temos desenvolvido nos territórios amazônicos por meio do Laboratório de História, Políticas Públicas e Amazônia (LAHPSA). Diferentemente de outros autores, grupos e estudos acadêmicos, nossa ênfase são as práticas e os saberes tradicionais, assim como os estranhamentos que são produzidos nas aproximações com as práticas oficiais do sistema de saúde brasileiro. Ou seja, nos interessa sempre os ruídos epistêmicos que as aproximações produzam, possíveis de escutar quando há o cuidado do não silenciamento às práticas e culturas tradicionais, considerando a materialidade do que está em análise. Esse pressuposto parte do reconhecimento que as diferenças entre culturas e contextos não são adequadamente compreendidos com a contraposição dos saberes oficiais. Aliás, o naturalismo da biomedicina e a tradição totalitarista do pensamento acadêmico tendem ao silenciamento desses contextos. Ouvir os ruídos significa reconhecer que há diversidades e, com alguma frequência, que estão associadas a adversidades e à iniquidade, situações que precisam ser tornadas visíveis, denunciadas e suscitar a inserção na agenda das políticas públicas como demandas dos direitos das populações tradicionais. Há emergências epistêmicas e políticas muito fortes e evidentes, quando a aproximação analítica inclui o respeito à interculturalidade, que também significa esgarçar a cultura vigente e problematizar os colonialismos que nos atravessam. Essa é uma escolha metodológica e epistêmica que pretendemos que esteja muito visível neste capítulo.

Nesse capítulo, compartilhamos algumas análises dos efeitos da pandemia nos territórios indígenas, compreendendo a dimensão epistêmica desse encontro entre os povos indígenas na Amazônia, as práticas oficiais de saúde, a evolução da pandemia de COVID-19 e a dimensão cultural da saúde. A produção de saúde nos povos indígenas está envolta em questões culturais e pragmáticas que diferem significativamente daquela que nos acompanha, desde a ciência eurocêntrica moderna ou a cultura urbana. As diferenças culturais incluem a compreensão da saúde como “bem viver”, onde os adoecimentos constituem-se em eventos da vida, mais do que uma condição ou estado (Heufemann et al., 2020; Schweickardt et al., 2020). A cultura em saúde também é constituída por saberes e práticas tradicionais, com contornos mais vitalistas do que a biomedicina moderna, que se originam das acumulações produzidas ao longo da história, de caráter ancestral, e que estão associadas às formas de organização societária próprias de cada etnia.

A diversidade étnica, linguística, cosmológica, social e cultural do Brasil é reconhecida na literatura e nas políticas, mas esse reconhecimento não se traduz em diálogos produtivos com os diversos modos de conceber a saúde e de compreender o corpo, a origem e causa das doenças, o tratamento e a produção de saúde (Schweickardt; Freitas; Ahmadvour, 2020). Nos sistemas cultural e sanitário prevalentes, as diversidades são frequentemente ignoradas e até mesmo combatidas. As notícias de assassinatos de indígenas pipocam nos veículos de comunicação dos grandes centros, seja no trânsito dos indígenas nos territórios urbanos, seja nos territórios em que vivem, por conflitos com invasores (das terras indígenas para exploração de madeira, agricultura, pecuária ou mineração), doutrinação religiosa, exploração comercial, entre tantos colonialismos que seguem àquele original, dos europeus. Há aqui um ruído civilizatório muito forte. O extermínio da população indígena não é uma tendência inequívoca da história, é uma opção política e cultural fascista. Esse extermínio retira pessoas da convivência e busca apagar as diversidades e contribuições dos povos tradicionais. Assim como a negligência em relação à COVID-19.

Os trabalhadores dos sistemas oficiais de saúde e as missões humanitárias também compartilham com os povos indígenas, mesmo que com intenções mais nobres, microrganismos patogênicos que, pela capacidade imunológica prévia não ter sido sensibilizada anteriormente, têm efeitos mais graves na população indígena. O fato é que as “doenças de brancos” e a “saúde dos brancos” mantêm relações de tensão, mais do que colaboração ou mesmo apoio humanitário com as populações tradicionais.

As políticas oficiais de saúde, que tem uma configuração biomédica predominante (Luz, 2014), não respondem à multiplicidade de visões de mundo e da saú-



de, sendo que é um desafio aos trabalhadores das equipes locais, compreender e dialogar com essa diversidade na ação de atenção à saúde nos territórios indígenas ou com pessoas que compõem os povos tradicionais. O diálogo das políticas com o cotidiano desses territórios requer a problematização da naturalização biomédica e a totalização da teoria sobre as práticas, como nos alerta a produção da profa. Madel Luz. Esse diálogo é, portanto, também produtivo para deslocar os imaginários vigentes, colonizados pela biomedicina, quando inclui os saberes e práticas da medicina tradicional indígena, que compõem o *território líquido*, categoria analítica formulada no interior do LAHPSA para descrever o território vivo da Amazônia, mas também para acenar com o efeito de rizoma que a realidade amazônica pode ter no pensamento sobre a saúde (Schweickardt et al., 2020).

Essas considerações não reduzem a relevância e a importância das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para a população indígena. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), ao mesmo tempo em que prospecta a abrangência do acesso aos serviços oficiais de saúde às populações indígenas, também propõe o diálogo com os saberes tradicionais e com a cultura como parte do propósito da própria Política. Reconhecer o direito das populações indígenas à saúde como essa dupla dimensão é um desafio significativo:

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (Brasil, 2002, p. 13).

Entre as iniciativas mais expressivas de ampliar o acesso dos povos indígenas ao SUS, conforme proposto na “Lei Arouca” (Brasil, 1999), está o Programa Mais Médicos (PMM). O PMM assegurou o provimento de médicos em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sobretudo com médicos cooperados cubanos. Os estudos que compõem este livro detalham diferentes aspectos dos efeitos produzidos pelo Programa Mais Médicos no sistema de saúde da Amazônia. Neste ensaio, nossa aproximação empírica é com o registro da descontinuidade do Programa, em que o território amazônico é invadido pela pandemia, ao mesmo tempo que atravessado por diferentes iniciativas oficiais (sim, classificamos os fluxos necropolíticos irradiados nas lives presidenciais e nos discursos ou omissões dos diferentes órgãos governamentais, que atingem mais expressivamente os povos indígenas, como iniciativas oficiais) que fragilizam a existência dos povos indígenas, da sua cultura e, também, das salvaguardas que fazem da natureza e das formas tradicionais do saber sobre a vida.

Este texto em formato de ensaio discute o efeito da pandemia de Covid-19 nas populações indígenas a partir dos dados publicados no *“Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia”*. Tal iniciativa foi produzida como estratégia para dar visibilidade aos povos indígenas e os modos como foram afetados pela pandemia, sendo visíveis diferentes etnias distribuídas ao longo da região amazônica. Trata-se, assim, de evidenciar as particularidades dos povos indígenas em relação a doença de Covid-19, a saúde mental e ao modo de produzir o cuidado em saúde.

O estudo CAP foi uma iniciativa para o levantamento de dados de contextos sobre o conhecimento, atitudes e prática relacionadas à saúde mental e suas implicações com a COVID-19. Foi uma iniciativa em parceria entre a Fiocruz, a Unicef e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). A principal estratégia utilizada para o estudo foi o envio de um link para os celulares dos jovens, mas devido o problema da conectividade, os apoiadores copiavam ou imprimiam o questionário para enviar às comunidades e depois passavam as respostas para o formulário eletrônico (Relatório CAP, 2021; El Kadri et al., 2021).

## SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS DA AMAZÔNIA

A partir da Constituição Federal de 1988, passa a ser reconhecida a diversidade cultural como constitutiva do Estado Brasileiro, assim como o direito dos povos indígenas à suas crenças e tradições, terras, organização social, línguas e costumes (BRASIL, 1988).

Desde 2003, o Ministério da Cultura incorporou um conceito mais abrangente e epistemologicamente denso sobre culturas indígenas:

“um conceito de cultura que opera em três dimensões, a saber: simbólica, cidadã e econômica. Dizer que as culturas possuem uma dimensão simbólica implica compreendê-las como “sistemas de significados incorporados em símbolos que são expressos por meio das diversas línguas, valores, saberes e práticas. Toda ação humana é socialmente construída por meio de símbolos que, entrelaçados, formam redes de significados que variam conforme os diferentes contextos sociais e históricos” (Ministério da Cultura, 2010).

Os povos indígenas, desde os tempos da colonização, foram agentes da sociedade expostos mais fortemente a condições de vulnerabilidade imunológica, física e política. Sobretudo à invasão dos territórios ocupados, quebrando as relações que as culturas indígenas têm com o meio em que vivem, e substituindo-



-as por relações de exploração danosas ao ambiente, não apenas pela extração em larga escala dos recursos naturais, mas também pela utilização de produtos danosos à saúde do ambiente e das pessoas, assim como pela expansão vertiginosa da circulação de microorganismos patogênicos até então inexistentes nos territórios. Sem falar na violência física e simbólica, que atinge diretamente a vida das pessoas. Muitas calamidades de saúde pública ocorreram naquela época devido às doenças como o sarampo e varíola, que não pertenciam ao cotidiano dos territórios colonizados. A população indígena tem suas peculiaridades no que se refere aos aspectos socioculturais, epidemiológicos e ao direito à saúde de qualidade e particularizada (COIAB, 2020).

A Lei 14.021/2020 de 7 de julho de 2020, dispõe sobre as medidas de proteção social para a prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, altera o artigo 19-G da Lei 8.080/1990, indicando que:

**“§ 1º- A.** A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. **§ 1º-B.** A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (Brasil, 2020).

Atualmente, a Covid-19 é um exemplo de enfermidade que reflete uma ameaça ao modo de vida e a saúde dos povos indígenas. No manifesto “Nossa luta é pela vida” publicado em novembro de 2020 pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, destaca-se que mais de 41 mil indígenas foram contaminados pelo novo coronavírus, o que corresponde a pessoas com diversidade étnica de mais de 50% dos povos indígenas do Brasil. Fato que ocorreu devido à falta de protocolos, entre outros, e a política anti-indígena do governo Bolsonaro, que não protege esses povos e sim os expõe cada vez mais (APIB, 2020), conforme identificam os próprios indígenas. As iniciativas aqui apontadas descrevem ações propriamente ditas e omissões, entre as quais o tempo oportuno de informar e proteger as comunidades indígenas. Os dados analisados apresentam um cenário que comprova o abandono das populações indígenas pelas políticas oficiais, sendo que a maior parte das iniciativas foi engendrada pelas suas organizações de representação.

Os dados aqui sistematizados referem-se a povos indígenas distribuídos na Região Amazônica e foram produzidos na interação com etnias em 08 regiões, conforme descrito no mapa abaixo.

**Figura 08:** Localização dos municípios da região norte com a participação dos jovens no CAP



Fonte: Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas.

O levantamento contou com a participação dos jovens indígenas da faixa etária entre 15 a 22 anos de idade residentes nas oito (8) áreas de atuação das seguintes Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira: 1) Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN); 2) Conselho Geral das Tribos Ticuna (CGTT); 3) Associação Yanomami do Rio Cauburis e Afluentes (AIRCA); 4) Conselho Indígena de Roraima (CIR), 5) Manxinerune Tsihi Pukte Hajene (MATPHA); 6) Federação dos Povos Indígenas do Pará (FEPIPA); 7) Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará (APOIANP) e; 8) Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus (FOCIMP).

A área do estudo abrange quatro estados da região amazônica: Amazonas (região do Alto Rio Solimões e o Alto Rio Negro), Yanomami (município de São Gabriel da Cachoeira) e Médio Purus), Roraima (Leste Roraima), Acre (região do Alto Rio Purus), Pará (Parque Indígena Tumucumaque e Paru D'Este; Guamá-Tocantins).

As etnias que correspondem à região do Alto Rio Solimões são Ticuna, Kokama, Kaixana, Witoto, Kambeba e Kanamari. Do Alto Rio Negro tem-se as etnias Tukano, Dessana, Tuyuca, Wanana, Bará, Kubeu, Barassana, Piratapuaia, Tariana,

Miriti-Tapuya, Arapasso, Karapanã, Makuna e Siriano; Baré, Baniwa, Werekena, Kuripaco; Hüpd'ah, Nãdeb, Yuhup'deh e Dow que correspondem respectivamente às famílias Tukano Oriental, Aruak e Maku. A Região do Médio Rio Purus abrange as etnias Apurinã, Paumari, Banawá, Jarawara, Hi-Merimã, Jamamadi, Suruwaha e Deni. Em Roraima encontram-se Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona, Yanomami, WaiWai, Maiongong e os Waimiri/Atroari. Na região do Alto Rio Purus fazem parte os grupos étnicos Apurinã, Jamamadi, Jaminawa, Kaxarari, Kaxinawá, Kulina e Manchineri, predominando os troncos linguísticos Pano, Aruak e Arawá. No Guamá-Tocantins há 41 etnias: Atikun, Assurini, Anambé, Amanayé, Apiaka, Arapium, Arara Vermelha, Borari, Cumaruara, Chiquitana, Gavião, Guajajara, Guarani, Hixkariana, Jaraqui, Krikati, Kayana, Kuruaia, Katuena, Kaapor, Karajá, Kaingang, Kaxuyana, Kayapó, Munduruku, Parakanã, Suruí, Tapajó, Tembé, Timbira, Tiryó, Tunayana, Tupinambá, Wai Wai, Wapixana, Waiapi, Wayana, Xerente, Xeréw, Xikrin e Zoé. Já no Parque Indígena Tumucumaque e Paru D'Este identificam-se as etnias Ahpama, Ahpamano, Aipipa, Akiyó, Akuriyó, Alakapai, Aparai, Apëren, Aramayana, Arimisana, Arahassana, Aramaso, Aturai, Inkariyana, Kahyana, Kaiku, Kukuyana, Maraso, Mawayana (Arawak), Murumuruyó, Okomoyana, Opakyana, Osenepohnomo, Patakaiana, Piayanakoto, Pirëuyana, Pirixiyana, Piropi, Sakëta, Tarëpisana, Tunapeky, Tunayana, Txikiyana, Upuruiyana, Wajãpi do Cuc (Tupi), Wajãpi do Molokopote (Tupi), Waripi, Wayana, Werehpai e Wezamohkoto.

No seu conjunto, o levantamento inicial abrangeu uma parte da grande diversidade cultural, histórica, linguística, modos de vida, moradia e cosmologias do que temos aprendido a denominar de “povos indígenas”. No contexto do levantamento a que se referem os dados aqui analisados, houve a participação de 533 jovens indígenas, que responderam ao levantamento CAP, e que fazem parte de 42 etnias, em 8 regiões etnográficas, em 4 Estados, presentes em 41 municípios da Amazônia Brasileira. Essa abrangência nos convida a uma aproximação com os conhecimentos e práticas da medicina indígena.

## A MEDICINA INDÍGENA: O CASO DO ALTO RIO NEGRO, AMAZONAS

A medicina tradicional indígena é um tema que rende muita discussão, tanto no âmbito de luta do movimento indígena organizado, quanto entre a produção de literatura sobre o tema, constantemente revisados e/ou criados em situações dialógicas concretas, o que lhes confere caráter emergente pela própria condição dos povos indígenas no contexto atual (Ferreira, 2013).

Considerando o caráter dialógico concreto entre o movimento indígena organizado e instituição de pesquisa, neste trabalho optou-se adotar o sentido da

medicina tradicional indígena desenvolvida pelo pesquisador “nativo”<sup>5</sup>, com Dissertação defendida em 2013, e Tese de Doutorado defendida em 2021. O trabalho apresenta alguns elementos que oferecem suporte para uma reflexão sobre a noção de saúde e doença pelos povos indígenas.

A pesquisa do autor tem como recorte os povos do Alto Rio Negro, mas resultou no trabalho relevante no campo de entendimento de saúde e doença, como também para compreensão das práticas de produção de cuidado de saúde entre as multiplicidades de saberes, práticas e epistemológica dos povos indígenas.

De certo modo, o esforço do autor mostra um caminho possível de discussão e diálogo entre a medicina indígena e a biomedicina em vista de práticas integrativas diante do crescente desafio de cuidado de saúde às populações indígenas.

Barreto (2021), postula que o complexo sistema de conhecimento e práticas sociais dos povos indígenas do Alto Rio Negro está fundada em: “trindade” conceitual - como pensamento indígena; noção dos elementos constitutivos do corpo e os modos de produção de cuidado de saúde.

A postulação de “trindade” conceitual - como pensamento indígena, foi resultado de uma pesquisa feita entre o povo Yepamahsã (Tukano), publicado pelo autor (Barreto, 2018). E a postulação sobre noção dos elementos constitutivos do corpo e os modos de produção de cuidado de saúde foi desenvolvida na Tese de Doutorado, defendida em fevereiro de 2021.

Segundo Barreto *et al* (2018), o complexo sistema de conhecimento do povo Yepamahsã (Tukano), um dos 23 povos indígenas que habitam no Alto Rio Negro, está fundada em três grandes conceitos, imbricadas entre si como uma “trindade”, que são: Kihti ukuse, Bahsese e Bahsamori.

Kihti ukuse (mitologias ou narrativas míticas) é o conjunto de narrativas míticas que são o resultado das tramas sociais vivenciadas pelos demiurgos, responsáveis pela origem e pela organização do mundo, da humanidade, dos seres, das coisas, das técnicas, das paisagens. No kihti ukuse encontramos também as lições, as regras, as obrigações, a origem das doenças e dos bahsese, as etiquetas e comportamentos exigidos nas relações entre os humanos e destes com os não-humanos, especialmente com os waimahsã.

---

**5** - João Paulo Barreto é da etnia Tukano, fundador do Centro de Medicina Indígena - Bahserikowi. João Paulo é membro da equipe da pesquisa original e co-autor deste ensaio.

Bahsesse (benzimentos) são fórmulas de “*benzimentos*” usadas pelos especialistas indígenas, mais conhecidos como pajés, curandeiros(as), xamãs para abrandar a dor ou curar as doenças. Ou seja, é o poder e habilidade dos especialistas em evocar substâncias curativas (amargura, travosas, doçura, acidez, frieza) contidas nos vegetais, minerais e elementos protetivos do corpo. E pôr em ação as qualidades para produzir efeito de abrandamento da dor ou curar a doença. É uma manipulação “*metaquímica*” de produção de remédio e manipulação “*metafísica*” de elementos protetivos. Em outros termos, são fórmulas “*metaquímicas*” e “*metafísicas*” de produção de medicamentos e de proteção coletiva ou da pessoa pelo poder das palavras pelos especialistas.

Bahsamori (rituais) é o conjunto de práticas sociais relacionadas à formação de novos especialistas, as festas tradicionais, as músicas, as danças, a coreografia, a pintura corporal, os instrumentos musicais, a prevenção e mitigação de surtos de doenças, dentre outros. As práticas sociais estão organizadas ao longo do ciclo anual de acordo com um complexo calendário astronômico, inscrito e estruturado pela passagem das constelações, que orienta também as atividades anuais e cotidianas da roça, a construção das armadilhas de pesca, de caça, de coleta e várias outras atividades ligadas às experiências da vida cotidiana.

Expandindo essa visão, observa-se que de uma forma geral, todos os povos indígenas têm esse sistema de conhecimento. Ou seja, é notável que todos os povos indígenas têm explicações sobre origem das coisas (do mundo, dos seres humanos, dos seres que povoam nos outros domínios, dos animais, dos vegetais, das doenças), que doravante são conhecidas como mitologias, fábulas, lendas. Tem suas práticas de produção de cuidado de saúde baseados nos benzimentos e uso de plantas medicinais. Todos os povos indígenas têm suas práticas sociais que são amparadas nas suas cosmologias e cosmogonias.

Outro ponto importante que o autor traz como contribuição é a noção dos elementos constitutivos do corpo. Segundo Barreto (2021), os especialistas indígenas do Alto Rio Negro, dentre os 23 povos, consideram que o corpo é constituído de elementos *boreyuse kahtiro* (“luz/vida”), *yuku kahtiro* (“floresta/vida”), *dita kahtiro* (“terra/vida”), *ahko kahtiro* (“água/vida”), *waikurã kahtiro* (“animais/vida”), *ome kahtiro* (“ar/vida”) e *mahsã kahtiro* (“humano/vida”). Dessa maneira, o corpo é micro cosmo, na medida em que é síntese de todos os elementos que constituem o cosmo.

A noção dos elementos etéreos ou imaterias que gravitam no corpo, de acordo com Barreto (2021), é importantíssima para os especialistas, na medida em que a partir da noção dos elementos que constituem o corpo é que os especialistas indígenas promovem as práticas de cuidado de saúde, evocando as substâncias curativas e elementos protetivos para o cuidado coletivos e das pessoas.

As manifestações de “*desequilíbrio*” do corpo é entendido como consequência do desequilíbrio dos elementos. Manter a equalização e o equilíbrio dos elementos para evitar o “*metabolismo*” submetendo aos bahsese, ou uso de planta medicinal é garantia de qualidade de vida.

Dentre os elementos constitutivos do corpo, o autor destaca o mahsã kahtiro (humano/vida), uma dimensão “*metafísica*” que está diretamente relacionado ao nome da pessoa, equivalente à dimensão psicossomático.

O nome conecta a pessoa às outras dimensões, para além dos elementos constitutivos do corpo. Conecta a pessoa à dimensão cosmológica, à organização social, à família, ao território, ao trabalho, aos artefatos de trabalho, de caça e pesca, à casa. Segundo Barreto, a “*desconexão*” ou desorganização de qualquer uma dessas dimensões pode causar o desequilíbrio psicoespiritual da pessoa.

Os fatos que podem provocar a desconexão e desorganização no estado da pessoa são os seguintes: o estado de abatimento pós doença, a ausência de nome “*nativo*”, o desvinculamento do território, luto pela morte de ente querido, acidente, saudade, entre outros fatores. Nessas condições, somente o especialista será capaz de reorganizar e reconectar a pessoa via utilização de uma fórmula específica de bahsese, no qual vai resultar no equilíbrio psicoespiritual da pessoa.

Outros fatores que importunam a pessoa são os ataques dos seres waimahsã (humanos que habitam no domínio aéreo, terra/floresta e aquático), dos animais, dos alimentos, dos fenômenos naturais, relações interpessoais. Dessa maneira, as explicações dos povos indígenas sobre saúde e doença, nem sempre se limitam a fenômenos de doença, mas abarcam outros tipos de infortúnios. Ou seja, é mais amplo do que o entendimento restrito ao biológico.

Dado esse breve contexto, vê-se que na concepção dos povos indígenas, o corpo é mais que uma síntese dos elementos, é uma agência que conta com uma dimensão constitutiva e ontológica. A melhor maneira de cuidar da saúde coletiva e das pessoas do ponto de vista dos especialistas indígenas é a prevenção realizada via bahsese e uso de plantas medicinais.

As práticas de cuidado de saúde dos povos, fundamentalmente são: bahsese (benzimentos) e plantas medicinais. Bahsese (benzimentos) como arte de cura, é utilizado há milênios pelos povos indígenas. Segundo Barreto (2021), existem fórmulas de bahsese para prevenção (*wetidarese*), fórmulas de bahsese para proteção (*bahse kamotase*), fórmula de bahsese para abrandamento e tratamentos de doenças (*doatisee duhtise bahsese*).



Os povos indígenas do Alto Rio Negro usam as ervas e plantas medicinais desde sempre. Tem pleno domínio de vários tipos de ervas e plantas curativas para diversos tipos de doenças. Tem-se ervas e plantas para prevenção, ervas e plantas para tratamentos de doenças, ervas e plantas para conquistar pessoa desejada e outras finalidades. A Floresta guarda todos os tipos de remédios.

Ao longo de contato histórico, pela imposição cultural, todas as instituições indígenas (organização social, formação tradicional, práticas de cuidados de saúde) foram desestruturadas, conseqüentemente, causou grandes transtornos psicoespirituais coletivos e das pessoas indígenas.

Os jovens são a parcela da população indígena que mais sofreu com a desestruturação das instituições indígenas. Essa parcela está “situada” no tempo de transição entre “*ser indígena*” e “*não ser indígena*”. Isto é, deixar de praticar o cuidado de saúde pelas práticas tradicionais, substituindo pela “cosmologia” ocidental, pelas crenças religiosas, pelas teorias ocidentais de cuidado a saúde. O seu rompimento da condição indígena e o fato de tentar negar suas concepções e convicções afeta diretamente no equilíbrio psicoespiritual dos jovens. Causa a desestabilidade emocional e crise de identidade, que se manifesta em sérios fatores de desequilíbrio da pessoa.

As concepções sobre a saúde e o cuidado da medicina tradicional indígena que escolhemos sumarizar aqui não esgotam o universo epistêmico e o conjunto de saberes ancestrais que são mobilizados para a produção do bem viver. Apenas o fizemos para ilustrar a abrangência do diálogo necessário para cumprir a lei em relação aos direitos das populações indígenas, sobretudo em relação às práticas no subsistema de saúde indígena. Entretanto, o que os dados que descreveremos nos mostram é que, no enfrentamento à pandemia, o diálogo foi escasso e as iniciativas predominantes foram mobilizadas pelos próprios indígenas, uma vez que a interrupção da cooperação cubana no Programa Mais Médicos descontinuou também a presença de profissionais e equipes multiprofissionais nos territórios indígenas. A descontinuidade do Programa não desativou as demais ações do subsistema, mas a soma de iniciativas de negligência com essas populações, da qual a presença de médicos cubanos foi o aspecto mais visível, é condição explicativa fundamental para compreender os dados apresentados abaixo.

## **INTERFACES DA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS**

Conforme já foi registrado, os dados que serão analisados aqui são oriundos do levantamento que embasou o Relatório CAP (2021), que contou com um questionário de perguntas, cujas respostas foram mobilizadas pelas entidades de re-

apresentação dos povos indígenas e das aldeias. Foram selecionados dois eixos/temas para serem abordados: conhecimento sobre saúde mental e o enfrentamento à pandemia nas comunidades indígenas. Em relação ao conhecimento sobre saúde mental, foram feitas três perguntas: Quando fala de saúde mental o que lhe vem à mente? Caso tenha procurado ajuda relacionado a sua saúde mental, você se importa em me dizer o motivo? Sob seu ponto de vista, o que é necessário para melhorar o bem viver dos jovens da comunidade?

Na primeira pergunta as palavras e a frequência dos participantes que deram alguma resposta sobre o seu conhecimento em relação à saúde mental apontam para os seguintes significados: “doença” (48) e “doente” (7), “problema” (47), problema “da cabeça” (35) e do “cérebro” (6), “doido da cabeça” (7). Alguns apontaram como consequência a “depressão” (27), a “tristeza” (5), “ansiedade” (11). Destaca-se que somente uma pessoa falou em “loucura” e duas em “deficiência mental”. A doença e os problemas estão associados principalmente quando a questão é buscar apoio.

A saúde também foi uma temática forte nas respostas, procurando ver que a saúde mental está relacionada à uma condição de “bem-estar” (27), associada com as dimensões psicológicas, sociais, mentais e físicas. O comportamento, o bom entendimento e bom estado mental contribuem para o bem-estar. A questão emocional foi muito citada, sendo que a palavra “emoções” (31), “emocional” (10) e “sentimental” (6) aparecem como uma condição positiva, algo que precisa ser “controlado” e saber “lidar”. A palavra “mente” (71) aparece com força para designar a questão da “saúde”, “tratamento”, “sadia”, “boa”, mas mente também pode ser “problema” e “confusa”.

A noção de “pessoa” (197) e “ser humano” (8) estão próximas da ideia de “cuidado” (18), quando a “convivência” (3) em “comunidade” (6) são importantes para um bem-estar amplo. O cuidado “psicológico” (34) aparece para dimensionar o cuidado, mas também é identificado como um problema ou um estado. Por fim, a “qualidade de vida” (6) e a própria “vida” (28) são importantes para o convívio “saudável” (8) com o lugar.

A pergunta seguinte “Caso tenha procurado ajuda relacionado a sua saúde mental, você se importa em me dizer o motivo?”, buscou entender algumas atitudes dos jovens ao se sentirem numa condição de saúde. Alguns optaram em não falar, pois “importava” para o outro que poderia ter acesso à resposta, lembrando que algumas entrevistas foram feitas em papel e depois passada no aplicativo. As palavras de maior frequência como resposta foram: “procurei” e “precisei”, podendo vir acompanhadas de “não precisei”, enquanto que “procurei” aparece de modo afirmativo. Também aparecem em destaque as palavras “nunca” e “ne-



*nhum*”, demonstrando que uma parcela de jovens não precisou procurar algum tipo de serviço ou cuidado específico de saúde mental. As palavras “*psicólogo*”, “*médico*”, “*profissional*”, “*pajé*” configuram o tipo de especialista que procurou. Percebe-se que “*família*” e “*comunidade*” também aparecem como instituições de apoio. Um conjunto de respostas trouxe questões associadas com situações relacionadas com a depressão e ansiedade. Além disso, apesar de serem somente três respostas, as causas associadas à pandemia de Covid-19 aparecem nessa questão.

As respostas para a pergunta que solicitava dos participantes sua opinião sobre a necessidade de melhorar o “*bem viver*” dos jovens na comunidade era aberta e permitia a escrita de palavras e texto. A palavra “*jovens*” e “*comunidade*” que mais se destacam, reproduzindo as palavras da pergunta. Em seguida, as palavras “*viver*” e “*vida*” aparecem em destaque, depois “*esportes*”, “*palestras*”, “*projetos*”, demonstrando que são sugestões fortes para a vida em comunidade. Já as palavras “*bebidas*” e “*drogas*” também aparecem destacadas como questões que foram identificadas enquanto uma sugestão do que precisa ser combatido, controlado e evitado para o bem viver em comunidade.

Em relação ao enfrentamento à pandemia nas comunidades indígenas, foram realizadas perguntas sobre o contágio próprio e de outros entes da comunidade no intuito de analisar o grau de disseminação da Covid-19 entre as populações indígenas. Relatam ter contraído a doença 36,96% dos entrevistados, 41,46% afirmam que não foram infectados pelo novo coronavírus e 21,57% não souberam identificar se foram contaminados, a partir da pergunta “*Contraíu Covid-19?*”.

Sobre a questão da disseminação da Covid-19 entre parentes, 68,1% afirmaram que pelo menos um familiar contraíu o vírus, enquanto 24% não tiveram parentes contaminados e 7,87% não sabem se houve casos da doença na família. As respostas para a pergunta “*Alguém da família precisou ser internado?*” mostram que 78,79% disseram que não tiveram familiares internados por Covid-19 e 21,2% dos familiares precisaram de internação.

Quanto ao grau de utilização de redes de apoio psicológico por parte dos jovens e seus familiares durante o tratamento de Covid-19, a maioria afirma que não recorreu ao apoio no campo da saúde mental como alternativa para enfrentar a doença, correspondendo a 82,73% e, do total de 533 entrevistados, 17,26% responderam que foi necessário algum tipo de assistência psicológica.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde considera que alguns comportamentos e estados são esperados durante uma pandemia, como por exemplo estresse, preocupação, confusão, alerta e sensação de falta de controle diante das

incertezas do momento. Caso não seja realizada nenhuma intervenção de cuidado específico frente aos sintomas e reações manifestados, considera-se que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia venha a sofrer algum sinal psicopatológico (WHO, 2020).

A pergunta que se refere à adoção de estratégias adotadas pelas comunidades no enfrentamento à pandemia, a maioria dos participantes, 86,7% afirmaram que existiram estratégias no enfrentamento de ação contra a Covid-19 em suas comunidades, como por exemplo, uso de álcool em gel, isolamento, restrição de viagem e remédio caseiro. Esses resultados demonstram que as comunidades em questão têm adotado em sua grande maioria a combinação de duas ou mais medidas de proteção no combate ao coronavírus, ressaltando que se trata de ações recomendadas pelos principais órgãos de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia.

Na pergunta “Como a informação do COVID-19 chegou na Comunidade/aldeia?” destaca-se o meio televisivo como um dos principais, correspondendo a 60,2% das respostas; a comunicação com outras pessoas por meio de conversas na comunidade representou 38,7% e 31,3% se utilizaram das informações propagadas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). As mídias sociais foram a fonte de informações em 23,1% das respostas e outras fontes em 10,1%. Assim, a utilização da informação independentes da internet constitui importante e significativo meio para essas localidades, devendo ser levadas em consideração quando se pensa em estratégias de enfrentamento da COVID-19 em áreas indígenas e remotas. Sobretudo, a qualidade das informações recebidas e que embasam decisões e comportamentos individuais e coletivos.

As respostas dos jovens que afirmaram ter utilizado práticas tradicionais para o enfrentamento da Covid-19 em seus contextos, correspondem a um total de 286 (53,2%) que responderam terem utilizado alguma prática tradicional. Em relação às práticas tradicionais realizadas, a liderança foi dos remédios caseiros (38,0%), Chás (23,7%), Benzimento e reza (16,5%), e a utilização de plantas medicinais (5,7%) e cantos, danças e rituais (3,9%) como medidas tradicionais de enfrentamento da Covid-19.

Os sistemas tradicionais indígenas, segundo a Política de Saúde Indígena (BRASIL, 2002):

São baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em

que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Quanto aos locais onde ocorreram as práticas tradicionais entre os jovens indígenas que buscaram esse método para o enfrentamento da Covid-19 entre os participantes do estudo ou entre outros usuários da comunidade, destaca-se a casa como o principal local em que são realizadas essas práticas (28,0%). Porém a combinação de dois lugares ou mais foi o que liderou a pesquisa realizada (36,6%). Outro contraponto, foi o expressivo total de participantes que selecionaram a opção “*não houve*” (21,8%) em relação a realização das práticas tradicionais no enfrentamento à Covid-19.

Essas discussões da pandemia de Covid-19 e saúde mental da população indígena buscam contribuir para o conhecimento e visibilidade das comunidades nesse contexto, que na maior parte das vezes tem suas vidas negligenciadas pelo atual governo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados sistematizados acima são decorrentes do estudo do Relatório CAP produzido em março de 2021. Foi possível perceber a variabilidade de etnias e territórios, por meio das descrições e representações, e as particularidades dos povos indígenas em relação a doença de Covid-19, a saúde mental e ao modo de produzir o cuidado em saúde. Além disso, o ensaio permitiu compreender como é o entendimento dessa população sobre a saúde mental, as estratégias e práticas tradicionais que foram adotadas pelas comunidades no enfrentamento à pandemia.

O cenário de enfrentamento à pandemia de Covid-19 acentuou ainda mais as dificuldades que os povos indígenas vinham enfrentando em suas comunidades, principalmente os grupos isolados que são mais vulneráveis a estes impactos. Uma particularidade dos povos indígenas que chama a atenção é seu modo de organização enquanto comunidade, no sentido de mobilização e desenvolvimentos de suas próprias estratégias para lidar com adversidades, nesse caso em específico, o Coronavírus.

Ao encontro disso, Vasconcelos e Ferla salientam que “*as relações da liberdade com a saúde ficam explicitadas não apenas pela ideia de que não pode haver cuidado sem liberdade, mas que há situações em que as restrições às liberdades individuais, feitas de forma coletiva, são expressão da produção da saúde*” (Vasconcelos e Ferla, 2021).

Destaca-se que o respeito sobre a cultura dos povos indígenas é a base para a produção de cuidado e saúde, para a construção de ações que fortaleçam e deem visibilidade às suas especificidades quanto a organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território.

Em relação ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, a dificuldade de acesso às ações e serviços específicos do sistema oficial de saúde é visível no estudo. Pesquisa anterior (Schweickardt *et al.*, 2020b) já havia demonstrado a relevância da cooperação cubana no Programa Mais Médicos para a extensão da cobertura assistencial e a qualidade da atenção ofertada no subsistema de saúde indígena. A maior parte dos postos de trabalho médico, que tiveram ocupação inédita durante a fase inicial do Programa, foi preenchida por médicos cooperados cubanos, uma vez que não haviam sido procuradas por médicos brasileiros. A descontinuidade do Programa está, portanto, na base explicativa para a abrangência e a magnitude dos efeitos da pandemia.

Entretanto, não é apenas como denúncia da omissão e da política de extermínio dos povos tradicionais que o ensaio pretende funcionar. Nos interessou aqui demonstrar uma enorme diversidade de iniciativas que podem desdobrar-se do diálogo produtivo, que está inclusive previsto na política de saúde dos povos indígenas, entre culturas e saberes diversos, para a qualificação do cuidado em saúde. O território líquido, como aponta a categoria analítica que forjamos há aproximadamente uma década, está relacionado ao bem viver dos povos tradicionais amazônicos e seus saberes ancestrais, mas também auxilia a pensar na boa saúde nos demais territórios.

## REFERÊNCIAS

Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (APIB). (2021). **Relatório Nossa Luta é Pela Vida**. Covid-19 e Povos indígenas O enfrentamento das violências durante a pandemia. Janeiro, 2021. Disponível em: [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutaepelavida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf)

Barreto, F. I. (2019). A saúde mental no Distrito Sanitário Indígena Médio Purus. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Natal/RN, v.2, n.1, p.49, janeiro/março 2019. Disponível em: [http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2019/09/Barreto\\_Saude\\_Mental\\_Indigenas\\_Rio\\_Purus\\_Santa\\_Cruz\\_Sul\\_2019.pdf](http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2019/09/Barreto_Saude_Mental_Indigenas_Rio_Purus_Santa_Cruz_Sul_2019.pdf). Acesso em 17 fevereiro.

Barreto, J. P. L. et al. (2018) **OMERÕ: constituição e circulação de conhecimentos Yepamahsã (Tukano)**. Universidade Federal do Amazonas. Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI), Manaus: EDUA.

Barreto, J. P. L.. Bahserikowi (2017) Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígena. Amazon., **Rev. Antropol.** (Online) 9 (2): 594 - 612.

Barreto, J. P. L. (2013) **Waimahsã - peixes e humanos**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM.

Brasil.(1988) **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

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, 2002. 40 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)

Brasil. (1990). **Lei Federal nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm)

Brasil. (2020) **Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020**. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l14021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14021.htm)

Brasil. (2012) Ministério da Cultura. Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural - 2010. Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural - 2012. **Plano Setorial para as Culturas Indígenas/** MinC/ SCC - Brasília, 146 p. ISBN 978-85-60618-09-5.

Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB. (2020) **Plano de Ação Emergencial de Combate ao Avanço do Coronavírus**

**e de Tratamento Entre os Povos Indígenas da Amazônia Brasileira.** Julho, 2020. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/appforest\\_uf/f1594744110554x944892668484964400/plano%20de%20acao3.pdf](https://s3.amazonaws.com/appforest_uf/f1594744110554x944892668484964400/plano%20de%20acao3.pdf)

El Kadri, Michele Rocha (org.) et al. (2021) **Bem Viver: Saúde Mental Indígena.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v.12) E-book (5,5 Mb; PDF). ISBN 978-65-87180-40-3. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/bem-viver-saude-mental-indigena/>

Ferreira, Luciane Ouriques. (2013) A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde:** Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan./mar. 2013.

Heufemann, N. E. C.; Ferla, A. A.; Lima, K. M. da S.; Martins, F. M.; Lemos, S. M.(org.). (2020) **Saúde indígena:** educação, gestão e trabalho. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.10). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-14-4. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-educacao-gestao-e-trabalho/>

Luz, M. T.(2014) **Instituições médicas no Brasil.** 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>

RELATÓRIO CAP.(2021) **Relatório do Estudo:** Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia, Manaus.

Schweickardt, J.C.; Ferla A.; Lima R.T.S.; Amorim J.S.C. (2020). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 44:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>

Schweickardt, J. C.; Freitas, J. M. B. de; Ahmadpour, B. ( 2020) A Saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho. Em: Schweickardt, Júlio Cesar (org.); Silva, Joana Maria Borges de Freitas (org.); Ahmadpour, Bahiyeh (org.). **Saúde indígena:** práticas e saberes por um diálogo intercultural. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural/>

Vasconcelos, T. da R.; Ferla, A.A. (2021) **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano.** São Leopoldo: Oikos.

# Programa Mais Médicos e enfrentamento à Covid-19 na Amazônia: Quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas

Marcus Vinicius M S Ribeiro  
Alcindo Antônio Ferla

*“Se o mundo não parou para escutar os alertas que a Terra vinha dando, a Terra parou o mundo para se fazer escutar. E é exatamente nesse momento que a gente está nessa pandemia”* Sônia Guajajara (Reinholz, 2020).

## CONTEXTO INICIAL

O desenvolvimento das ideias apresentadas neste capítulo busca compartilhar reflexões sobre o trabalho em saúde no Programa Mais Médicos (PMM) nas regiões amazônicas, especificamente nos locais em que vivem as populações originárias, que são habitantes milenares do território que hoje é denominado Brasil. A experiência central da qual partem os temas que são desenvolvidos e aprofundados aqui é a supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), que é o componente formativo ao qual estão vinculados os profissionais do PMM, principalmente relacionado às situações enfrentadas no contexto da pandemia de COVID-19 no sistema de saúde indígena. A complexidade e os inúmeros desafios que já existiam se intensificaram após a chegada da pandemia. Portanto, destacamos as articulações do Programa com as comunidades indígenas e com o sistema de saúde local, bem como as complexas situações do contexto local, nacional e internacional que compõem as inúmeras linhas de tensão que atingem diretamente o trabalho das equipes de atenção à saúde destes indivíduos. O capítulo segue, portanto, as contribuições que o livro pretende ofertar ao pensamento, às políticas e práticas da saúde e da educação no território amazônico, considerado aqui como de grande complexidade e com potencialidades para renovar ideias e iniciativas em relação às ações produzidas nos demais territórios.

A criação e implementação de um Programa de dimensões únicas como o PMM pontua mais um marco histórico no sistema de saúde brasileiro. Após a unificação e ampliação dos serviços de saúde no país, representado historicamente na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, passando pelo estabelecimento dos importantes Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (Fausto & Matta, 2007), o Programa Mais Médicos segue nessa linha de políticas públicas fortalecedoras da atenção básica nos territórios, intrinsecamente ligadas aos princípios do SUS, principalmente os da equidade, integralidade e universalidade. A iniciativa teve no seu eixo de provimento emergencial de médicos uma ação central para a ampliação do acesso da população a equipes de saúde da família completas em territórios até então submetidos à escassez de profissionais e às descontinuidades na atenção às populações.

O acesso a serviços de atenção à saúde é reconhecido como fator determinante para melhoria das condições de vida das comunidades em diversos documentos da saúde pública, como o Relatório Lalonde de 1974 no Canadá, o relatório da Conferência de Alma-Ata (“acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade”) em 1979 e na própria lei que regulamenta o SUS, logo no segundo artigo da Lei Orgânica da Saúde, que é a Lei Federal nº 8080/1990 (Lalonde, 1974; Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas pela Infância, 1979; Asensi, 2015). O fato é que o Programa representou uma iniciativa governamental de grande relevância para a expansão do acesso em áreas de difícil provimento de profissionais, onde o direito de saúde da população é igualmente verdadeiro, mas cronicamente negligenciado. Nesses territórios, além da expansão do acesso propriamente dito, as características humanas e sociais implicaram num segundo aprendizado às políticas públicas: a expansão do acesso compartilhando as tensões no âmbito da integralidade da atenção, representadas pela expressão de diferentes necessidades de saúde da população, muitas vezes desconhecidas pelas políticas públicas e pelo sistema formal de saúde, e pelo contato com diferentes culturas e modos do “*andar da vida*”, na expressão de Canguilhem (1982), ou das formas do “*bem viver*”, na expressão dos povos tradicionais (Xucuru-kariri & Costa, 2020).

Em relação ao primeiro aspecto, podemos tentar compreender as dimensões do PMM pelos números que ele contabilizou. Em seu eixo de provimento emergencial, foram mobilizados profissionais para realizar a atenção à saúde de regiões periféricas, interioranas, rurais e aldeias, conseguindo manter o provimento por longos períodos mesmo em locais isolados e de difícil acesso. No seu ápice, chegou a contar com mais de dezoito mil profissionais vinculados (Calvo, Ferla, Machado, Duarte, & Teixeira, 2018). Tal compreensão numérica, ainda assim, é limitada, pois existem também efeitos na mudança da formação de profissionais, reorientada para o SUS, a ampliação de vagas na graduação e nas residências médicas, que compunham os eixos do PMM. Outra característica única das iniciativas do



Programa são as produções geradas pelo intenso intercâmbio de conhecimento, experiências e formações, pela interação entre equipes de saúde, gestores e profissionais que se deslocaram de diversas partes do território nacional e internacional (Ferla, 2019). Essa estratégia foi elaborada considerando a alta necessidade de profissionais e a insuficiente inscrição de brasileiros, recorrendo à abertura de chamadas para brasileiros formados em outros países e estrangeiros de países diversos (Pinto, Sales, Oliveira, Brizolara, Figueiredo, & Santos, 2014).

A capilarização de profissionais nos territórios indígenas proporcionada pelo Programa possivelmente representou também um momento de virada histórica, uma vez que até então a maioria das comunidades e aldeias indígenas não contava com nenhum contingente de profissionais médicos e, em sua maioria, dependiam dos atendimentos nos municípios ou na sede dos distritos de saúde. Estes pontos, situados a muitas horas ou mesmos dias de distância das aldeias, representavam uma grande barreira para milhares de pessoas que vivem em locais isolados, já que esse deslocamento é difícil e caro (Schweickardt et al., 2020; Heufemann et al., 2020; Garnelo & Pontes, 2012). Com o Programa, todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) conseguiram adesão de médicos, atuando diretamente no território, nas aldeias e habitações, em conjunto com os outros profissionais das Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena (EMSI), as ações periódicas de atendimento dos profissionais do Programa puderam evitar que problemas leves se agravassem, realizando tratamentos de maneira antecipada, sem o atraso que em geral ocorria anteriormente.

Em relação aos deslocamentos das ações de integralidade na atenção, mobilizados pelos encontros interculturais, são expressivas as análises que destacam a dimensão da educação permanente em saúde no cotidiano do Programa, como alertou Ferla (2019). Mas também, e não menos importante, como resistência à pandemia de COVID-19, como trataremos especificamente nessa análise, considerando que se trata de uma *“doença de brancos”* para os territórios tradicionais, mas também uma doença que invadiu o planeta, provocando interferências relevantes na organização dos sistemas sanitários e interferindo profundamente nos modos de existência em todo o mundo.

O desenvolvimento deste texto caminha por reflexões sobre as situações no enfrentamento à COVID-19 que emergiram da experiência de trabalho com a supervisão acadêmica do PMMB nas áreas indígenas na Amazônia. O território percorrido pelas experiências é habitado por nações indígenas diversas e a abrangência das ações pelas equipes de saúde inclui desde populações vivendo em áreas urbanas próximas a grandes centros urbanos, até regiões de floresta de grande isolamento, com acesso apenas por via fluvial por centenas de quilômetros e muitos dias de viagem a depender da qualidade da embarcação e da estação do ano.

## O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SEUS ENCONTROS POSSÍVEIS: EQUIPES DE SAÚDE BRASILEIRAS, MÉDICOS ESTRANGEIROS E AS NAÇÕES INDÍGENAS

No contexto da atenção à saúde das nações indígenas que residem no que hoje é o território brasileiro, o PMM foi instituído em um momento muito oportuno, acompanhando uma série de avanços nas políticas e na estrutura física dos polos, distritos de saúde e na capilaridade das ações das equipes. Nesta linha de tempo dos avanços, temos a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (1999), a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (1999) com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e suas ações diretamente nas aldeias e habitações, culminando com a criação de uma Secretaria própria e federalizada, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (2010), apenas três anos antes do PMMB (Garnelo, 2012). Neste caminho, foi avançando o necessário respeito ao direito dessas populações às ações governamentais de atenção à saúde, sendo que a demanda histórica pela atuação médica diretamente nas comunidades pôde finalmente ser efetivada com a abertura de chamadas e editais, no eixo de provimento emergencial de profissionais, para a de atuação de médicos brasileiros ou estrangeiros formados em outros países (Schweickardt et al., 2020; Heufemann et al., 2020; Fontão & Pereira, 2017).

Durante a maior parte da história após a chegada dos colonizadores, as ações nas terras indígenas foram marcadas pela desassistência e intervenções negativas, a constante disputa existente nesses territórios pelos grandes interesses econômicos nacionais e internacionais na extração da borracha, madeira, garimpo, agropecuária, caça e pesca (em sua maioria atividades ilegais), gerou ciclos de exploração, escravidão, violência e epidemias (Basta, Orellana & Arantes, 2012). A intensa participação e protagonismo de líderes e representantes dessas nações indígenas foi possível principalmente após o processo de redemocratização brasileiro, no campo da saúde destaca-se a organização da primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena, que ocorreu em 1986, mesmo ano da marcante oitava Conferência Nacional de Saúde (Miranda, 1988). Desde então, esses avanços citados no parágrafo anterior foram possíveis e um dos mais recentes foi a vinculação de dezenas de médicos pelo PMM em todos os trinta e quatro DSEI. Antes do Programa, os DSEI tinham grandes dificuldades para fixação deste profissional, e a partir de sua implementação puderam contar ainda com características de trabalho contínuo, por anos sequenciais, com médicos deslocando-se para atendimentos diretamente nas habitações, comunidades e aldeias (Pinto, Sales, Oliveira, Brizolara, Figueiredo, & Santos, 2014).

Não foi sem esforços e reações contrárias, porém, que esses avanços se consolidaram. As associações e conselhos de medicina tentaram de diversas maneiras barrar as iniciativas do Programa com relação à possibilidade de atuação de médi-

cos graduados em outros países, desvelando a intrínseca relação dessas entidades com o corporativismo em detrimento do avanço no acesso a serviços de saúde das populações. Mesmo após sucessivas chamadas para médicos formados em instituições nacionais, a maioria dos territórios indígenas seguia sem preenchimento das vagas demandadas, sendo preenchidas apenas posteriormente com a abertura de editais de vagas remanescentes para profissionais formados em instituições estrangeiras e para a cooperação cubana (Fontão & Pereira, 2017). Até o período de saída desses profissionais, no ano de 2018, após tensões entre os governos de Cuba e Brasil, os profissionais cubanos representavam a quase totalidade dos que preencheram e mantiveram a continuidade do cuidado na saúde indígena durante os seis anos de cooperação entre os governos. Após sua saída, pudemos observar um grande período de desassistência e escassez de profissionais, principalmente nas áreas rurais isoladas e urbanas periféricas. Com sucessivas chamadas para preenchimento dos mais de oito mil postos de trabalhos esvaziados, observamos o fluxo de profissionais, em sua quase totalidade formados em outros países, lentamente preenchendo essas vagas, porém, ainda em número insuficiente e com intensa rotatividade e desistência. Nesse complexo e conturbado contexto é que ocorreu o advento da pandemia de COVID-19, que, no momento de composição deste texto, ainda devasta as populações humanas em todos os cantos do planeta.

A experiência de supervisão com os profissionais do PMM envolve atividades presenciais e à distância, de maneira que a base de construção desta atividade é a educação permanente, com o desenvolvimento da prática profissional a partir das situações vividas no cotidiano, articulando conhecimentos e saberes que partem da realidade de trabalho para a abertura de processos de mudança e aprimoramento (Ceccim, Ferla, Pereira & Lima, 2009). São diversos os momentos e formatos do trabalho de supervisão, sendo o principal e central deles o acompanhamento e apoio aos médicos do Programa nos atendimentos clínicos. Além disso, há também a participação e apoio às atividades de vigilância em saúde, visitas domiciliares, procedimentos, atividades educativas comunitárias, reuniões internas e promoção do diálogo entre gestores, equipes de saúde, usuários e líderes comunitários.

Os territórios percorridos no trabalho com o PMM, parecem justificar por si só a necessidade de criação de estratégias de apoio institucional, por meio de tecnologias leves e contínuas, desenvolvendo-se na implementação de ações de educação permanente com os profissionais recentemente chegados no solo brasileiro, no sistema único de saúde, para trabalhar em áreas historicamente negligenciadas e desassistidas (Luna *et al.*, 2019). As experiências de educação permanente no Programa aqui tratadas apontam para a existência de uma função central em romper o isolamento de práticas muitas vezes enviesadas por crenças estabelecidas e distantes de evidências ou, para além disso, o acolhimento de profissionais, equipes e usuários por uma estratégia de supervisão que promova um apoio amplo, que se faça presente ao longo do tempo e que possa contribuir para o desenvol-

vimento de melhores práticas, estabelecendo redes de apoio interprofissionais e abrindo espaço para mudanças (Ceccim & Ferla, 2008).

As casas das famílias, escolas, sedes, habitações tradicionais de palha e os barcos, muitas vezes são os únicos locais possíveis do primeiro atendimento, acolhimento dos indivíduos e entendimento da situação apresentada. Após a chegada da pandemia de COVID-19, tal situação ficou ainda mais desafiadora, pois surgiu a necessidade de estabelecer fluxos de atendimentos separados para as pessoas com sintomas respiratórios, além de manter quem está esperando por atendimento, em locais arejados e sem aglomerações. O cenário de atendimento, na maioria das vezes, é composto pelo indivíduo usuário do serviço de saúde indígena, podendo necessitar do acompanhamento de um tradutor, por profissionais da equipe multidisciplinar de saúde indígena e o profissional estrangeiro do PMM. É possível então perceber que inevitavelmente há a necessidade de desenvolvimento de habilidades interculturais para o diálogo entre os atores desse processo ímpar de atenção à saúde, ou seja, tentar encontrar o que há de comum entre os envolvidos para estabelecer aberturas e conexões possíveis nesses encontros para a produção de saúde (Weissmann, 2018).

## O FURACÃO EM MEIO À TEMPESTADE: A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS E OS POVOS ORIGINÁRIOS

*“Meu povo está morrendo e temos feito denúncia. Pedimos socorro e ninguém faz nada, os municípios tanto do Alto como do Médio Solimões estão abandonados pelo governo, não temos médicos, não temos respiradores, teste rápido, nossas máscaras é do jeito que a gente tá se virando. Pedimos socorro porque queremos evitar o genocídio do povo indígena. Nossas vidas é como se não tivéssemos valor. Somos povos originários”,* desabafa Milena Kokama (Reinholz, 2020).

A partir do início do PMM foi possível perceber em diversas partes do país e, também, na Amazônia, que surge como novidade a presença do profissional médico atuando diretamente nas aldeias e habitações, identificando diversas situações de saúde que estavam desassistidas (Fontão & Pereira, 2017). Desde março de 2020, entre as situações de saúde que se apresentavam até então, começaram a surgir dezenas de casos de infecção por coronavírus, diante disso, foi iniciada a implementação de diretrizes clínicas de prevenção, fluxos de atendimentos, realização de tratamentos e acompanhamentos destas infecções pelas equipes de saúde, buscando uma interação sadia com as tradições culturais locais.

Um auxílio importante para a organização estrutural e dos fluxos de atendimento foi o rápido acesso aos protocolos nacionais e internacionais de implementação do manejo rápido (*fast track*) aos quadros respiratórios nas equipes, a aplicação de estra-

tificação de gravidade, definição da abordagem clínica pautada em consensos científicos, a notificação de todos os casos suspeitos e confirmados, bem como o estabelecimento de indicações para o isolamento domiciliar, tão logo os primeiros casos foram identificados. Dentre medidas de destaque positivo, temos a implementação dos critérios de afastamento de profissionais, realização de quarentena antes das equipes entrarem em áreas indígenas, estímulo à realização de barreiras sanitárias nas aldeias e de adesão às medidas de prevenção comunitárias, observados mais especificamente nas experiências de trabalho nas áreas indígenas do entorno de Manaus-AM.

Foi necessário, ao mesmo tempo, acolher as demandas profissionais em meio a conturbados contextos internos da coordenação dos sistemas de saúde, muitos profissionais envolvidos diretamente na atenção à saúde nos territórios apresentaram demandas de exposição a diversos estressantes, chegando a situações limite de saúde mental. Nesse sentido, construímos ferramentas e alternativas para acolhimento e mediação destas demandas com os demais indivíduos envolvidos, equipes, gestores e comunidade. Os serviços de acompanhamento psicológico por telefone e os serviços de discussão e acompanhamento de casos complexos por telessaúde tiveram papel central neste processo.

O primeiro caso confirmado da Covid-19 entre os povos indígenas, registrado no Brasil, foi de uma jovem Agente Indígena de Saúde (AIS) do povo Kokama [...]. Afirmamos que o Governo Federal negligenciou sua obrigação de proteger os trabalhadores e usuários do Subsistema de Saúde Indígena e, dessa forma, favoreceu a entrada do vírus em diversos territórios. [...] Nessa situação, um médico da Sesai voltou de suas férias, da cidade de São Paulo, para atender indígenas da região do Alto Rio Solimões, no dia 25 de março, e deu início a uma cadeia de contaminações das populações locais. (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020)

Mesmo com os protocolos de isolamento e quarentena dos integrantes das equipes, antes de realizarem as imersões em dias seguidos de atendimento fluvial, muitos profissionais acabaram se tornando os principais focos de disseminação de COVID-19 nas aldeias, principalmente aqueles que possuem outros vínculos como em plantões e unidades de tratamento intensivo. Além disso, o relatório da Articulação Nacional dos Povos Indígenas aponta que as equipes de saúde da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por inúmeras vezes, foram um dos principais vetores de disseminação do coronavírus nas aldeias e comunidades, especialmente nas regiões que residem populações isoladas e de pouco contato (Associação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020). Este e outros fatores contribuíram para a degradação da saúde e para a elevação das mortes entre as nações de povos originários.

Os momentos de educação permanente foram marcados por discussões relacionadas a estratégias de saúde no território, estímulo à identificação e utilização

dos recursos locais, diálogo com líderes comunitários, manejo de casos clínicos, boletins oficiais e extraoficiais de índices de contaminação e mortalidade por coronavírus nas áreas indígenas, por acompanhamento de fóruns e encontros de discussão das sociedades médicas de especialidade (pneumologia, infectologia, saúde coletiva e medicina de família) sobre tratamentos e manejo dos casos clínicos com base em evidências científicas e também dos encontros e fóruns virtuais de diálogos com lideranças indígenas, gestores e trabalhadores da saúde indígena. Diante da disseminação de desinformação entre os profissionais de saúde e da utilização de medicamentos sem comprovação científica e potencialmente danosos - fato que revela abismos na formação profissional no Brasil e em outros países - fizemos o uso dos materiais disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pela Sociedade Brasileira de Infectologia e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia, divulgando consensos científicos de medidas eficazes para o cuidado dos casos clínicos de infecção pelo coronavírus. Dessa forma, também foram essenciais os cursos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, pela Fiocruz, pela Universidade de São Paulo, disponibilizados pela Universidade Aberta do SUS e pelo ambiente AVASUS, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, além de diversas outras instituições que construíram ferramentas pedagógicas para auxiliar os profissionais neste momento crítico.

Recordar o conceito de determinação social da saúde, nos ajuda muito ao analisar a história natural, o ciclo e a interação das condições de saúde, assim como o agravamento destas condições pela situação de pandemia. A extrema pobreza, a fome, o consumo de água contaminada e poluída, e a exposição às violências extremas, produzem a deterioração da saúde em geral e um potencial aumento da gravidade clínica e aumento do risco de morte quando esta pessoa é acometida por outros problemas de saúde agudos, como o coronavírus (Marmot, 2001). Em essência, a atual pandemia agrava o processo de desigualdades que está em disputa na sociedade.

Desde o início das infecções por coronavírus, foi destaque negativo um alto índice de contaminação dos profissionais de saúde nos polos de atendimento (chegando a cem por cento em alguns momentos), fato que expôs a grave situação de equipamentos de proteção individual, a necessidade de equipamentos em número suficiente e de qualidade adequada. Na atuação profissional cotidiana, as estruturas de atendimento foram desafiadas e rapidamente precisaram ser readaptadas para isolar os indivíduos suspeitos ou confirmadamente infectados, para que fosse possível a separação dos atendimentos aos sintomáticos respiratórios das demais linhas de cuidado. Mesmo com essas tentativas de separação e sistematização, o intenso fluxo de atendimentos associados às síndromes respiratórias teve como consequência a diminuição da possibilidade de atendimento das demais situações de saúde dos indivíduos. Outro destaque negativo vivenciado foi o das instituições de assistência social, que não conseguiram evitar as situações de



falta de alimentos e fome, principalmente nos momentos de bloqueio fluvial e de bloqueio de vias automotivas.

Mesmo com os esforços de se controlar possíveis vetores da doença, o primeiro caso de óbito do povo Terena aconteceu no dia 14 de julho, e a partir daí os casos se espalharam pelo território. Nem a SESAI ou qualquer outro órgão do governo federal apoiou ou instruiu o Conselho sobre como evitar a expansão do vírus, não forneceu estruturas para isolamento das pessoas doentes nem disponibilizou informações sobre protocolos de isolamento e cuidados. (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020)

As medidas de isolamento e barreiras sanitárias fixas nas aldeias e comunidades indígenas, em geral, ficaram a cargo das próprias comunidades e não foram suficientes para conter os fluxos de moradores e de exploradores (madeireiros, garimpeiros, etc.). Quando foi instituído o auxílio social governamental, que se deu apenas em forma de um auxílio financeiro, inicialmente no valor de seiscentos reais e depois em quantias progressivamente menores, tivemos que lidar com um rápido e descontrolado deslocamento das populações aos municípios, para retirar a quantia em dinheiro nas agências de bancos, expondo os indivíduos à contaminação pelo coronavírus e piorando a situação sanitária.

Nas eleições municipais que ocorreram em novembro de 2020, vivemos um momento ainda mais tumultuado, em que muitos profissionais da gestão e das equipes de saúde saíram de suas funções para se candidatarem, o que representou longos períodos sem a devida reposição. Muitas campanhas promoveram aglomerações, intensificaram a disseminação de notícias falsas e os diversos movimentos ocorridos nas campanhas eleitorais contribuíram negativamente para o contexto epidemiológico.

A baixa adesão dos indivíduos às medidas de prevenção e isolamento foi habitual, às quais podemos associar a quase inexistência da realização de ações institucionais de promoção dessas medidas em conjunto com as comunidades, a baixa divulgação de conteúdos informativos estimulando tais medidas e a circulação de um alto número de conteúdos as desestimulando, principalmente pelo envio de mensagens nos telefones celulares, nas redes sociais e até em redes institucionais. Para somar a este quadro extremamente desfavorável às equipes que se dispunham a tentar trabalhar diante de uma emergência sanitária, acompanhamos muitos casos em que os medicamentos adequados para tratamento de infecções secundárias, medicamentos injetáveis, os cilindros de oxigênio e os insumos para monitoramento dos sinais vitais, apresentaram grande flutuação de disponibilidade nas aldeias e polos de saúde, durante boa parte da primeira onda de infecções e em diversos outros momentos, usualmente disponíveis em momento tardio e em quantidade insuficiente.

Após os esforços dos centros de pesquisas resultarem rapidamente na criação de imunizantes com bons resultados em estudos controlados, a adoção pelos gestores da vacinação como estratégia para o controle da COVID-19 e o estabelecimento da população indígena como prioritária representaram avanços positivos no cenário epidemiológico. Em sucessivas ações diretamente no território, realizando atendimentos e vacinação nos polos das aldeias, nas casas e habitações, em poucos meses a quase totalidade da população indígena adulta foi vacinada pelas equipes do entorno de Manaus. Cada vez menos casos graves de coronavírus, desde então, têm ocorrido na rotina de atendimentos das equipes de saúde, percebemos a queda ainda mais intensa de óbitos entre os vacinados, passando semanas e até meses sem nenhum óbito diretamente por coronavírus.

É necessário refletir, no entanto, que os desafios representados pelo complexo contexto da pandemia na atenção à saúde indígena não obtiveram a resposta e apoio necessário pelas várias instâncias de gestão, sendo comum o sentimento de isolamento, exaustão e risco permanente dos profissionais das equipes de saúde. O ambiente tumultuado e inconstante foi agravado pela ausência de estratégias de articulação e apoio às organizações comunitárias, pela alta rotatividade de profissionais, e pela flutuação de medicamentos, insumos e estrutura. Ou seja, a resposta institucional à pandemia de COVID-19 na saúde indígena, em geral, ficou extremamente dependente da estratégia de imunização. Os importantes processos de diálogo, construção de estratégias de informação e prevenção em conjunto das comunidades, a articulação com as organizações comunitárias, o estabelecimento de barreiras sanitárias e estratégias de proteção social, foram subdimensionados ou nulos, desenvolvendo-se apenas em função de iniciativas espontâneas e descoordenadas das equipes de saúde, organizações comunitárias e organizações da sociedade civil.

As informações dos boletins epidemiológicos da SESAI representam a pouca informação de livre acesso disponibilizada para que possamos tentar compreender os estágios epidemiológicos no sistema de saúde indígena, são provenientes de boletins com dados já tratados a partir do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que não permite livre acesso a outros diversos dados não compilados, apesar de deliberação judicial (ADPF 709) que orienta a liberação do acesso a esses dados, devidamente anonimizados (Araujo Junior, 2020). Além disso, os boletins carecem de detalhes sobre os óbitos (sexo, faixa etária, etnia), impedindo uma análise mais real e refinada da situação. O acesso restrito e limitado a esses importantes dados aponta para a reafirmação do apagamento e da invisibilização da identidade indígena (Associação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020). Auxiliando-nos neste desafio, tivemos a disponibilização de livre acesso às informações providas pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), organizações que canalizaram informações importantes das diversas associações indígenas e parceiras, ramificadas pelo país.

Milena, com voz embargada, informa que durante três semanas lutaram para que fosse removido para Manaus, uma de suas lideranças tradicionais, Guilherme Padilha, um dos que faleceu. Mesmo tendo conseguido articular uma UTI aérea a demora da resposta e a burocracia que envolve a liberação de remoção, Guilherme veio a óbito nessa quinta-feira (14). *“Se nosso líder tivesse sido removido há três semanas atrás, com certeza ele não teria falecido.”* (Reinholz, 2020)

## PONTOS CRÍTICOS E AVANÇOS: AÇÕES DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

Há, em geral, nas áreas indígenas do Amazonas, desafios relacionados à alta demanda no orçamento de combustível para deslocamento fluvial nas longas distâncias, que envolvem de trezentos a mil quilômetros por trecho. Vale lembrar que o trajeto ocorre por rios sinuosos, cujas comunidades vivem em seus arredores ou ainda a longas distâncias das margens, floresta adentro. A atenção emergencial ou ambulatorial, via helicóptero, existe com raridade e tipicamente é restrita a áreas extremamente isoladas, o mesmo ocorre para aviões pequenos e suas pistas de pouso. Tais desafios podem prejudicar e alterar em meses a agenda de deslocamento das equipes para prestar atendimentos, principalmente às áreas mais distantes da sede dos DSEI, influenciando negativamente nas condições de remoção a indivíduos atendidos em estado grave ou instáveis clinicamente, estando sujeitos à disponibilidade de aeronaves do exército ou de embarcações precárias para removê-los até as unidades de emergência (Garnelo & Pontes, 2012).

A ausência de energia elétrica na maioria dos polos de saúde, bem como a impossibilidade logística de coleta, armazenamento e transporte de biológicos, é outro desafio existente na maioria das áreas em que a prática profissional ocorre, essa situação pode restringir a capacidade de realização de exames laboratoriais à realização de testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites e coronavírus) e análise microscópica de lâminas para malária, leishmaniose e filariose. Mais raramente ocorre o deslocamento camponês de estrutura e insumos para áreas identificadas como endêmicas ou a partir da identificação de indivíduos com sintomas sugestivos de problemas como doença de chagas, hanseníase e tuberculose. Mais comumente os exames são solicitados pelo médico ou enfermeira da equipe multidisciplinar e os indivíduos ficam dependentes de um longo deslocamento ao município de referência, por conta própria ou de carona com as equipes de saúde, para coleta e realização destes exames laboratoriais. Esta situação também ocorre no caso da maioria dos exames complementares do pré-natal, em que as gestantes geralmente não têm condições econômicas para realizar o deslocamento e permanecer dias fora de suas casas para realizá-los, causando prejuízo no acompanhamento destas mulheres, que na maioria das vezes passam por todo o período de gestação e conseguem realizar apenas testes rápidos (HIV, sífilis e hepatite), quando disponíveis, dentre a extensa lista de

exames complementares necessários durante todo o pré-natal.

Frequentemente surge como impasse na prática cotidiana das equipes, a dificuldade de armazenamento de medicações que necessitam de refrigeração, como insulina, soros e vacinas, relacionada à falta de energia elétrica nos polos de saúde e aldeias. A flutuação e o baixo aporte de insumos e medicamentos básicos também é recorrente, relacionado com desafios nos processos de aquisição, transporte nas longas distâncias e dificuldades para entrega nas localizações geográficas isoladas, sendo destaque o baixo quantitativo de medicamentos de urgência e emergência, que se demonstraram mais necessários nas áreas isoladas, em que os pacientes graves muitas vezes necessitam aguardar muito tempo para ser removidos ou percorrem longas distâncias durante a remoção.

Outro desafio relacionado aos medicamentos e insumos é que a maioria dos tratamentos necessita de dias ou semanas para serem concluídos, com medicações tomadas mais de uma vez ao dia, com regularidade e armazenamento adequado. Essa rotina conflita com a logística de atenção implementada, uma vez que a população é em sua maioria migratória e itinerante pelas muitas aldeias e habitações espalhadas pelo longo território e, dessa forma, a equipe permanece poucos dias em cada uma das aldeias de um polo de saúde, para que todos os indivíduos sejam atendidos durante a rotina mensal de trabalho. Apesar de haver alguns profissionais fixos nos polos de saúde, a figura essencial dos agentes indígenas de saúde poderia ser mais bem aproveitada no acompanhamento e reavaliação dos casos, por meio de parcerias, treinamentos e valorização profissional.

Como fatores positivos, de extrema potência e possibilidade de produção de saúde nos campos de trabalho, encontramos diversos profissionais extremamente comprometidos e abertos para dialogar e desenvolver melhores práticas profissionais. A constituição das equipes multiprofissionais em saúde indígena é uma novidade crescente nos últimos trinta anos e a presença constante de médicos nas aldeias e habitações, uma novidade da última década. A construção e reforma de polos base de saúde e farmácias, bem como reforma e ampliação das casas de apoio à saúde indígena são melhorias estruturais, geralmente evidenciadas como ações em locais onde os gestores são provenientes das próprias comunidades indígenas, comprometidos e ligados às instâncias de controle social. É importante ressaltar que os locais com a implementação de equipes do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena, conseguiram desenvolver melhores ações de construção e manutenção de tratamento e armazenamento de água em aldeias. Observa-se como fatores positivos e protetores as campanhas periódicas de vacinação, mesmo em situações adversas em que as equipes carregam caixas de isopor e gelo por longas distâncias em embarcações inadequadas. As ações programáticas de vacinação são uma das poucas que raramente falham.



## REFLETIR, ENFIM, PARA MELHOR AGIR

Nossos ancestrais cantavam para suspender o céu. Com esse canto, a cura também chega. Esse é um dos poderes que nossos ancestrais nos passaram: uma prática de comunhão da terra com o céu, por isso a terra é a nossa mãe. [...] Escrever esta carta, neste momento crítico das humanidades ou das pluralidades, como gosto mais de dizer, me fez desejar dançar para o céu, me fez querer a vida nessa plenitude e me fez, também, convidar você que está lendo estas palavras agora para cantar junto, para chamar a primavera, para vivermos juntos e bem. Ailton Krenak (Xucuru-cariri, 2020)

Até o momento de composição deste texto, contamos com a estimativa de mil e duzentas vidas perdidas dentre os povos originários, atingindo mais de cento e sessenta povos diferentes, sendo que a maioria dos especialistas aponta para o subdimensionamento destes números. São avôs, avós, pais, mães, filhas, filhos, irmãos e amigos; são inumeráveis as perdas humanas, incontáveis vidas que deixaram de contribuir com suas percepções únicas, seus saberes, cosmovisões e força de luta para a construção do mundo em que vivemos. Nas ações de saúde, percebemos que elas só podem ser realmente efetivas se coordenadas em conjunto com as organizações comunitárias, em diálogo direto com os indivíduos nos territórios. O foco de ação dos atendimentos clínicos pode ser ampliado para elaboração conjunta de estratégias comunitárias de prevenção, isolamento e divulgação de informações científicas, com a criação de fluxos e barreiras sanitárias. O diálogo com os conhecimentos tradicionais, com as práticas culturais e com os representantes religiosos e comunitários, tende a agir como fator protetor da saúde, auxiliando na identificação de casos novos, na comunicação de medidas de prevenção e na coordenação das ações de proteção social (Schweickardt et al., 2020; Heufemann et al., 2020; Pontes, Stauffer & Garnelo, 2012).

Neste contexto de crise civilizatória, o PMM parece demonstrar que permanece capaz de produzir articulações interministeriais e produzir efeitos nas instâncias federais, estaduais e municipais, reforçando sua relevância na ampliação e manutenção do acesso à saúde nas áreas cronicamente desassistidas. A quase totalidade dos médicos e médicas que têm realizado as ações de atenção à saúde indígena na pandemia, está vinculado pelas chamadas e editais do PMM, o que o reafirma como política de saúde eficaz na composição das equipes de saúde em regiões vulnerabilizadas, mas também aponta para a necessidade de ampliação das vagas e editais, assim como de sua retomada como política prioritária. Por óbvio, a garantia de acesso das populações tradicionais aos cursos de graduação e de formação de técnicos em saúde também precisa ser ativada, para que o contexto de atuação não tenha tantos contrastes que impeçam o provimento de médicos em áreas de diversidade territorial e humana.

A rotina médica diretamente nas aldeias e habitações, revelou um ambiente tumultuado e inconstante, cuja maior demanda é a manutenção dos insumos básicos para os programas prioritários de atenção à saúde e a manutenção de profissionais qualificados para implementar tais programas. O caráter descoordenado e tumultuado de muitas das ações institucionais, parece contribuir negativamente para a situação sanitária nas comunidades (Associação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020). Diversos problemas de saúde desassistidos no território puderam ser identificados e manejados pela presença chave de profissionais do PMM. A resistência dos profissionais ao provimento em áreas remotas também é reflexo da negligência institucional e da baixa oferta de condições que assegurem o direito à saúde e às condições de trabalho dos profissionais que atuam nesses territórios.

O sistema de atenção à saúde indígena, especialmente às populações que vivem na Amazônia, destaca-se como portador de necessidades de extrema prioridade para investimentos e implementação de políticas públicas, considerando que hoje ainda é umas das áreas com os piores indicadores de saúde e de maior ausência de insumos e profissionais, o que impede a consolidação do direito de acesso à saúde e do direito pleno à vida. Mais do que isso, demonstra de forma muito visível a política de omissão governamental com essas populações.

A movimentação e intercâmbio de profissionais, a centralidade da função formativa, ensino-serviço, pesquisa e aperfeiçoamento, indicam que para além da atenção à saúde, há também um componente importante de produções pedagógicas no PMM, apontando para uma mudança nas relações dos trabalhadores e seu lugar. Mais do que técnicos aplicando protocolos, vemos indivíduos que realizam o trabalho em saúde diretamente no território, de forma criativa, humana, em equipe, e que o compreendem como mais complexo do que apenas a aplicação das teorias e diretrizes existentes (Ferla, 2019). Essa é uma experiência de grande intensidade para os profissionais que se dispõem a ela, demonstrando que, com mais iniciativas governamentais para apoiar a atuação dos mesmos, o cenário pode ser rapidamente alterado. O diálogo com os conhecimentos tradicionais, com as práticas culturais e com os representantes religiosos e comunitários, tende a agir como fator protetor da saúde, auxiliando na identificação de casos novos, na comunicação de medidas de prevenção e na coordenação das ações de proteção social (Schweickardt et al., 2020; Heufemann et al., 2020; Pontes, Stauffer & Garnelo, 2012).

Provocando-nos aos movimentos de ação e reflexão na tentativa de compreender e desenvolver melhores práticas, Ailton Krenak e Davi Kopenawa contribuem com profundas considerações relativas à grave crise que enfrentamos enquanto sociedade. Krenak disse em sua entrevista no programa Roda Viva, no dia 19 de abril de 2021, que “A pandemia nos desafia a pensar o que estamos fazendo com a experiência na Terra”, e ao jornal Estado de Minas:

Todos precisam despertar. Se, durante um tempo, éramos nós, os povos indígenas, que estávamos ameaçados de ruptura ou da extinção dos sentidos das nossas vidas, hoje estamos todos diante da iminência de a Terra não suportar a nossa demanda. Tomara que, depois de tudo isso, não voltemos à chamada 'normalidade', pois se voltarmos é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro. Ai, sim, teremos provado que a humanidade é uma mentira". (Krenak, 2020)

As palavras de Davi Kopenawa, por fim, em entrevista ao Instituto Socioambiental podem apontar um caminho possível de uma humanidade que não seja autodestrutiva.

Eu não queria que isso tivesse acontecido. Esse momento está muito difícil. Não tem ninguém para controlar, não tem remédio para curar. [Como xamã] estou sonhando muito mais. Virão outras doenças mais fortes que vão continuar matando milhares de pessoas no planeta. Essa é a minha mensagem, que falo de novo para o homem não índio, que só pensa nele, mas não pensa no todo, não pensa na Terra Mãe, que não acredita na fala dos povos indígenas, somente quando fica doente. Ele vai lembrar da minha palavra. Eu fiquei muito revoltado porque os povos indígenas foram contaminados com essa xawara, com essa wakixi (fumaça), que é uma doença que entra no pulmão e mata. Povo da cidade: pense e pare. Não mexam mais com a nossa Terra Mãe. (Kopenawa, 2020)

A experiência que relatamos aqui, como se vê, não trata apenas da atuação da supervisão acadêmica no PMMB na região amazônica. Trata do nosso processo civilizatório, da capacidade que temos, como sociedade, ou que não temos, de diálogos interculturais e de respeito aos saberes tradicionais, da ação governamental para garantir às gentes do país o acesso universal e equânime à saúde, que é o cumprimento da lei. Trata da responsabilidade social e sanitária das instituições de ensino na formação de profissionais de saúde. Trata da resistência dos povos tradicionais às diferentes violências que lhe são impostas pela colonização "civilizada". Fala também da potência que a educação e a saúde podem ter para tornar os modos de andar da vida das populações amazônicas mais suaves e a cultura brasileira mais múltipla, mas diversa e mais representativa das diversidades populacionais e epistêmicas do nosso território. Trata de democracia, num território tão marcado por práticas autoritárias e necropolíticas. Mas, quando trata do trabalho dos profissionais de saúde nos territórios amazônicos, em articulação com os saberes e práticas tradicionais, trata da capacidade de aprender cotidianamente e da singular capacidade que o trabalho em saúde tem de proteger a vida, na essencialidade que lhe é atribuída pela legislação brasileira, pelo acúmulo internacional sobre direitos humanos e pela ética da vida. Que o texto tenha a capacidade de convocação para a resistência, para a aprendizagem significativa e para o reconhecimento da vida e da saúde como bens comuns, como valores civilizatórios, mas também como atributos necessários para o trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS:

Araujo Junior, J. J. (2020, July 8). **ADPF 709: a voz indígena contra o genocídio**. JOTA. <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/adpf-709-a-voz-indigena-contra-o-genocidio-08072020>

Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2020). **Nossa luta é pela vida: Covid-19 e Povos indígenas o enfrentamento das violências durante a pandemia**. [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutaepelavida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf)

Asensi, F. (2015). Sistema Único de Saúde **Lei 8.080/1990** e Legislação Correlata. Alumnus.

Basta, P. C., Orellana, J. D. Y., & Arantes, R. (2012). Perfil epidemiológicos dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In Garnelo L, Pontes AL, organizadores. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação (pp. 60-106).

Calvo, K., Ferla, A. A., Machado, F. V., Duarte, E. R. M., & Teixeira, L. B. (2018). **Programa Mais Médicos e o impacto na Atenção Básica**. In 13º Congresso Internacional Rede Unida.

Canguilhem, G. (1982). **Lo normal y lo patológico**. Siglo XXI.

Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, 6 (3), 443-456.

Ceccim, R. B., Ferla, A. A., Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (2009). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Fausto, M. C. R., & Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In Morosini, M. V. G. C., & Corbo, A. D. (Org.), **Modelos de atenção e a saúde da família** (pp. 46-67) EPSJV/Fiocruz. (p. 58)

Ferla, Alcindo Antônio. (2019). More Doctors Program and work development: a continuing education effect. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2019, v. 23, n. Supl. 1, e180679. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180679>. Epub 16 Maio 2019. ISSN 1807-5762.

Fontão, M. A. B., & Pereira, E. L. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena:

reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface-comunicação, saúde, educação**, 21 (pp. 1169-1180).

Garnelo, L. (2012). Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In Garnelo L, Pontes AL, organizadores. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação (pp. 18-59).

Garnelo, L., & Pontes, A. L. (organizadoras). (2012). **Saúde indígena: Uma introdução ao tema**. In Mec-Secadi.

Heufemann, Nicolás Esteban Castro (org.); et al.(2020) **Saúde indígena: educação, gestão e trabalho**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, (Coleção Saúde & Amazônia, v.10). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-14-4. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-educacao-gestao-e-trabalho/>

Kopenawa, D. (2020). **Davi Kopenawa: “não mexam mais com a nossa Terra Mãe”**. Entrevistado por Evilene Paixão. Instituto Socioambiental. Fonte: Instituto Socioambiental: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticiassocioambientais/davi-kopenawa-nao-mexam-mais-com-a-nossa-terra-mae>

Krenak, A. (2020). O modo de funcionamento da humanidade entrou em crise opina Ailton Krenak. Entrevistado por Bertha Maakaroun. **Estado de Minas**, 3(4). [https://www.em.com.br/app/noticia/pensar/2020/04/03/interna\\_pensar,1135082/funcionamento-da-humanidade-entrou-em-crise-opina-ailton-krenak.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/pensar/2020/04/03/interna_pensar,1135082/funcionamento-da-humanidade-entrou-em-crise-opina-ailton-krenak.shtml)

Lalonde, M. (1974). **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa. Health and Welfare Canada.

Luna, W. F., Ávila, B. T., Brazão, C. F. F., Freitas, F. P. de P., Cajado, L. C. de S., & Bastos, L. O. de A. (2019). Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 23(1) (pp. 1-14).

Marmot, M. (2001). **Economic and social determinants of disease**. Bulletin of the World Health Organization, 79 (pp. 988-989).

Miranda, A. N. D. M. (1988). [1ª] **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**: [relatório]. In [1ª] Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio: [relatório] (pp. 3-3).

Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas pela Infância. (1979). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Pinto, H. A., Sales, M. J. T., Oliveira, F. P. D., Brizolara, R., Figueiredo, A. M. D., & Santos, J. T. D. (2014). O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. Divulg. **Saúde Debate**, (pp. 105-120).

Pontes, A. L., Stauffer, A., & Garnelo, L. (2012). Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. In Garnelo L, Pontes AL, organizadores. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação (pp. 265-88).

Reinholz, F. (2020, May 15). Subnotificação de covid entre indígenas mostra descaso do governo federal, diz comitê. **Brasil de Fato**. <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/15/subnotificacao-de-covid-entre-indigenas-mostra-descaso-do-governo-federal-diz-comite>

Schweickardt, Júlio Cesar (org.) et. al. Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção **Saúde & Amazônia**, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural/>

Weissmann, Lisette. (2018). Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Construção psicopedagógica**, 26(27) (pp. 21-36). Recuperado em 10 de junho de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&tlng=pt).

Xucuru-Kariri, R., & Costa, S. L. (2020). **Cartas para o Bem Viver** (1st ed.). Boto-cor-de-rosa livros arte e café/Paralelo13S. [http://www.livrariabotocorderosa.com/blog/wp-content/uploads/2021/04/Cartas\\_Para\\_o\\_Bem\\_Viver\\_WEB.pdf](http://www.livrariabotocorderosa.com/blog/wp-content/uploads/2021/04/Cartas_Para_o_Bem_Viver_WEB.pdf)





# Dossiê fotográfico: O andar da pesquisa em saúde em território líquido

Márcio Mariath Belloc  
Júlio Cesar Schweickardt  
Alcindo Antônio Ferla

## NO COMEÇO, AS PALAVRAS ...

A pesquisa é diálogo com os territórios e suas gentes. Diálogos são trocas e costumeiramente usamos as palavras para mediar essas trocas. Desde a Grécia antiga, com os diálogos socráticos, é gênero literário e estratégia de ensino, com o narrador compartilhando seus saberes. Nas nossas pesquisas, embrenhados nos territórios amazônicos, frequentemente as palavras são escassas para descrever os contextos, com a precisão que as palavras requerem. A aprendizagem brota por todos os lados e o pensamento não encontra no ambiente equivalências às imagens prévias que o constituíram. Essa aprendizagem requer uma linguagem-outra, colorida pela alteridade produzida nos encontros, com todos os encontros, humanos, animais, com a energia da terra, da floresta e dos rios.

Nas pesquisas que desenvolvemos sobre o Programa Mais Médicos na Amazônia, o esgotamento das palavras foi companhia constante. Nas aldeias, nas comunidades ribeirinhas, nos longos percursos de barcos (sim, muitos e diversos, com universos tecnológicos distintos associados a cada um, da pequena rabeta à lancha rápida de transporte intermunicipal).

Por isso, sistematizamos imagens dos percursos pelo território líquido, categoria analítica desenvolvida para falar de um território vivo, que é ocupado, mas que também responde a ciclos próprios. O ambiente (seus elementos, suas forças, suas cores e formas) é personagem e não apenas superfície. Da pesquisa, das saúdes, da vida mesma.

A seção (poderia ser sessão, pela intensidade das imagens) *"Partir, chegar, ficar"* destaca o protagonismo dos rios e dos barcos, para falar dos movimentos no território líquido. *"Caminho das águas"* é o percurso cotidiano, a relação das pessoas com os rios; é o líquido que conecta as vidas, em resistência. *"Territórios existenciais"* fala das formas do andar da vida, da ocupação do espaço e da convivência com os elementos que, quando negligenciados, se expressam como força. Em *"Cotidianos e gestos ..."*,

o fazer da vida a cada dia, no tempo oportuno. Em *“Cuidar amazônida”*, os diálogos, nem sempre harmônicos e suaves, mas sempre repletos de sutilezas, das formas de cuidar, dos sincretismos que o passar do tempo produziu e das formas de resistência.

As imagens foram coletadas ao longo dos percursos de pesquisa, sempre na Amazônia, sempre nos contatos com populações tradicionais indígenas e quilombolas, com populações ribeirinhas, com as gentes que fazem o território líquido, saúdes diversas, mas também que atravessam as adversidades do colonialismo do pensamento, das formas de exploração do ambiente, das políticas de extermínio ...

O território líquido como categoria de análise não se esgota nas palavras. Chama à sensibilidade de dar passagem ao que não sabemos dizer, mas que respeitamos a existência. Mais do que isso, que nos desafia à alteridade, à troca e à aprendizagem. Poque pesquisar implica em aprender, não na prescrição do já sabido. E o conhecimento assim produzido, faz da vida e da saúde uma expressão da arte. Como método, como condição própria do andar da vida. Também como celebração do viver, que frequentemente se apaga dos *“modos normais”* que nos ocuparam.

Mas as imagens despertam palavras. Porque as palavras não são suficientes. Então, às imagens ...

## O PERCURSO DAS IMAGENS ...

### 1 - *“Partir, chegar, ficar”*







2 - "Caminho das águas"







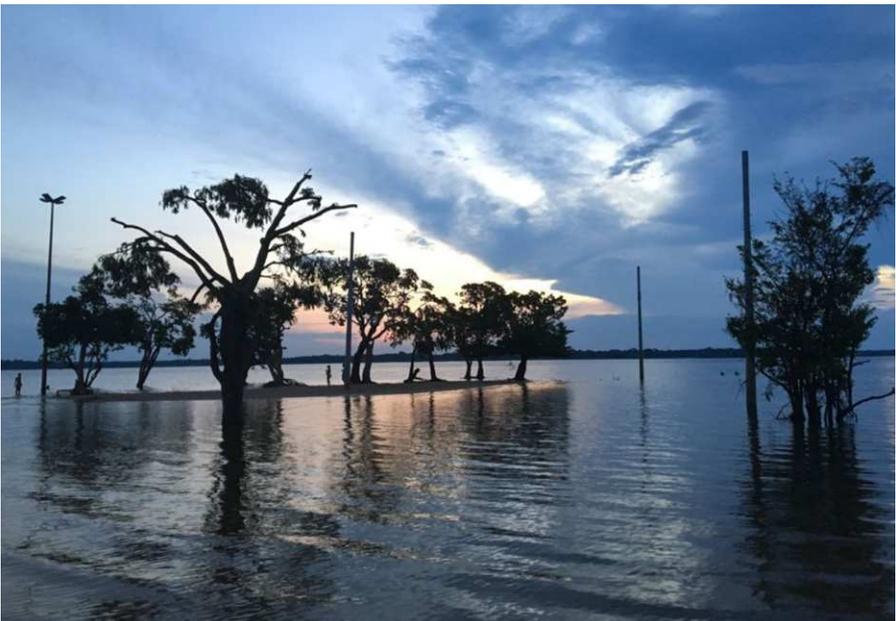






### 3 - "Territórios existenciais"











#### 4 - "Cotidianos e gestos ..."















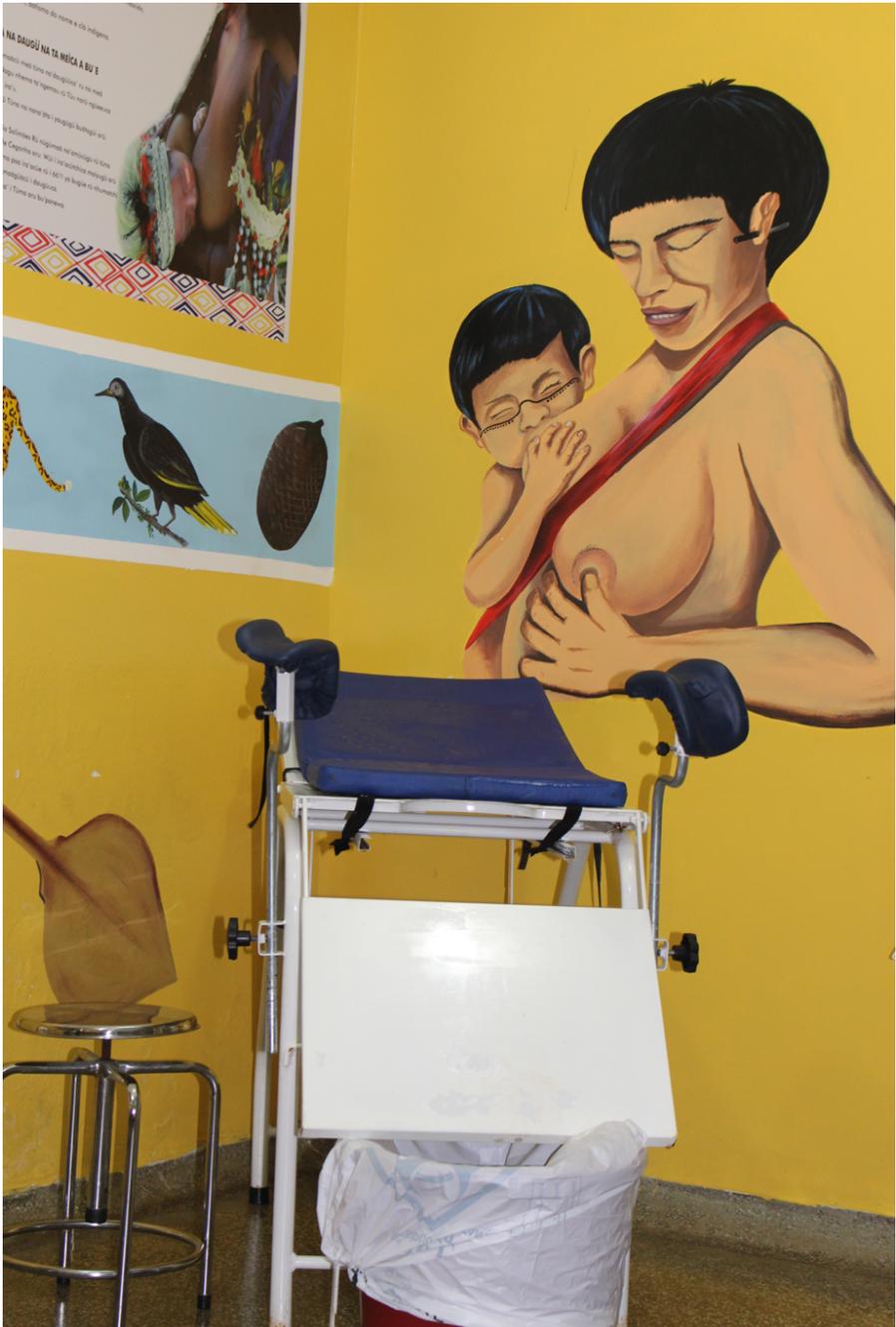
## 5 - "Cuidar amazônida"











As fotografias que compõem o dossiê fotográfico foram produzidas ao longo do tempo em que foram realizadas atividades de campo das pesquisas relatadas no livro. O número corresponde à ordem de inserção nas categorias e páginas anteriores.

## INFORMAÇÕES SOBRE AS FOTOGRAFIAS:

### 1. "Partir, chegar, ficar", p. 195:

1. Um porto, outra chegada (*Júlio Cesar Schweickardt*)
2. Vida equilibrista (*Júlio Cesar Schweickardt*)
3. Cozinha ribeirinha (*Júlio Cesar Schweickardt*)
4. Vida equilibrista 2 (*Júlio Cesar Schweickardt*)

### 2. "Caminho das águas", p. 197:

1. Continuidades (*Alcindo Antônio Ferla*)
2. A menina e o rio (*Júlio Cesar Schweickardt*)
3. Ancoragem noturna (*Júlio Cesar Schweickardt*)
4. Redes de convivência (*Alcindo Antônio Ferla*)
5. O caminho da rabetá (*Júlio Cesar Schweickardt*)
6. Vida flutuante (*Júlio Cesar Schweickardt*)
7. Longe, muito longe ... (*Júlio Cesar Schweickardt*)
8. Viagem no crepúsculo (*Alcindo Antônio Ferla*)
9. Vendedor navegante (*Júlio Cesar Schweickardt*)
10. Banheiro (*Alcindo Antônio Ferla*)
11. Fluxos no território (*Júlio Cesar Schweickardt*)

### 3. "Territórios existenciais", p. 203

1. Nascer do sol na cheia do rio (*Júlio Cesar Schweickardt*)
2. Aldeia e o rio (*Luciene Amanayé*)
3. Vida ribeirinha (*Júlio Cesar Schweickardt*)
4. Banheiro no crepúsculo (*Júlio Cesar Schweickardt*)
5. Territórios e existências (*Júlio Cesar Schweickardt*)
6. Vida flutuante (*Júlio Cesar Schweickardt*)
7. Mergulho de preservação (*Júlio Cesar Schweickardt*)
8. Invasão das águas (*Júlio Cesar Schweickardt*)
9. Conexões (*Júlio Cesar Schweickardt*)
10. A vida continua (*Júlio Cesar Schweickardt*)

### 4. "Cotidianos e gestos ...", p. 208

1. Nós do artesão (*Júlio Cesar Schweickardt*)
2. Fluxos na catraia (*Júlio Cesar Schweickardt*)
3. Parada obrigatória ... (*Alcindo Antônio Ferla*)
4. Água de beber (*Júlio Cesar Schweickardt*)
5. O menino, o papagaio e a canoa (*Júlio Cesar Schweickardt*)
6. Mercado do peixe ... (*Alcindo Antônio Ferla*)
7. Guardião das almas ... (*Alcindo Antônio Ferla*)
8. Trançado de resistência (*Júlio Cesar Schweickardt*)
9. Dia do lazer (*Júlio Cesar Schweickardt*)
10. O peixe para o almoço ... (*Alcindo Antônio Ferla*)

### 5. "Cuidar amazônica", p. 215

1. O SUS em todos os territórios (*Júlio Cesar Schweickardt*)
2. Descansos (*Júlio Cesar Schweickardt*)
3. Mapeando os cuidados (*Júlio Cesar Schweickardt*)
4. Culturas de cuidado (*Júlio Cesar Schweickardt*)
5. Caminhos do parto (*Júlio Cesar Schweickardt*)
6. Imagens do cuidado (*Júlio Cesar Schweickardt*)
7. Nascimentos (*Júlio Cesar Schweickardt*)



# Programa Mais Médicos: Uma história de luta, mudança e de legados para o SUS

Hêider Aurélio Pinto

## INTRODUÇÃO

**P**or mais que se estude e debata, falar do Programa Mais Médicos (PMM) nunca é algo simples de fazer. O Programa tem uma complexidade que ganha sempre cores e texturas novidasas a depender das lentes de quem se propõe a olhar e refletir sobre ele, a depender de quem nos conta como foi vivê-lo. Esta impressionante obra que temos em mãos, é um desses casos. Desfilam-se ante nossos olhares sensibilidades, questões, reflexões, imagens, afetações, perspectivas e sonhos singulares desses territórios líquidos e dessas gentes que nele vivem e habitam e/ou que vivem com ele habitando seus pensamentos e estudos. A obra nos leva a pensar, e muito, como temos realidades diferentes no Brasil e como o Estado e a sociedade precisam desenvolver políticas e ações adaptativas, inovadoras e coproduzidas com participação das gentes dos territórios. Ele também nos emociona, nos encanta com a mesma intensidade com que nos provoca à ação e nos indigna: assopra, beija e morde. Não só ao lembrar que muito disso foi desconstruído, mas também porque esse poderoso instrumento de política pública não foi usado no combate à Covid19 e essa inação, junto com outras inações e com ações em sentido contrário ao que deveria ter sido feito, têm sido as maiores responsáveis pela tragédia do genocídio brasileiro. Como sempre, muito maior nas populações mais vulneráveis, em especial na amazônica, e mais agudamente ainda, na indígena.

É mexido assim que escrevo esse Posfácio. Bastante agradecido aos organizadores pela oportunidade. Muito grato a eles e às instituições Rede Unida e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não só pelo convite, mas por tudo o que fizeram e seguem fazendo com relação ao PMM e ao desenvolvimento das ações e estudos de atenção básica no País e na Amazônia, em especial. Como pensar no PMM sem a importante participação do então Representante da OPAS no Brasil, o querido e generoso Joaquim Molina, sem a inquietude investigativa de Alcindo à frente da Rede Observatório PMM nos mais potentes anos, e sem a inserção e dedicação do estudo das singularidades da Amazônia de Júlio, Rodrigo e equipe da Fiocruz Amazonas? Obrigado queridos por me colocarem nesse grupo ao lado, por exemplo, de Padilha, de cuja ousadia depende em grande parte a própria existência do PMM.

O convite toca profundamente minha implicação de militante da reforma sanitária e de quem foi um gestor público, por mais de uma década, bastante implicado com os temas e políticas de atenção básica, saúde da população amazônica e das comunidades ribeirinhas, gestão do trabalho e da educação da saúde e do próprio PMM. Mas, segundo os próprios organizadores, o Hêider convidado aqui foi o que tem pesquisado desde 2014 sobre o PMM. Pois é esse que tenta, a partir de agora, predominar na escrita e contribuir com alguns elementos que poderão nos ajudar a pensar uma política como o PMM em uma perspectiva histórica mais larga como: uma luta que se trava há muito tempo; um êxito que se conseguiu por algum tempo e foi capaz de produzir importantes efeitos na melhoria da saúde, qualidade de vida e performance do SUS; uma política pública e projeto de política a ser abatido por aqueles que discordaram e discordam dele, do muito que ele representa e, mais ainda, pelo que ele coloca em xeque; e como um legado que, certamente, influenciará nas políticas vindouras no futuro próximo.

A história do PMM costuma ser contada com um olhar que foca o conturbado e movimentado ano de 2013, especialmente no período das grandes manifestações de rua que passaram para a história com o nome de *"Jornadas de Junho"*. Para esse olhar, um tanto quanto míope, porque precisa olhar mais de perto que o recomendado, o PMM seria uma solução construída às pressas e lou sacada da cartola para servir de resposta ao clamor popular. Um pequeno recuo para observar em uma perspectiva um pouco mais ampliada já nos mostra que o Governo Dilma e a Gestão Padilha no Ministério da Saúde começou anunciando em seus discursos de posse o enfrentamento da questão da insuficiência na oferta e formação médica no SUS. Ainda que formulados no Governo Lula, foram implementados no primeiro ano do Governo Dilma tanto o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida) quanto a moratória e abatimento da dívida do Fundo de Financiamento ao Estudantes de Ensino Superior (Fies) dos médicos que atuassem em áreas com necessidade ou que fizessem residências em especialidades priorizadas pelo SUS. Além disso, no segundo semestre de 2011 foi formulado e instituído o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) que foi um precursor do PMM. Ora, podemos ver o Eixo Provimento do PMM como um Provab ampliado e dotado da capacidade de fazer um recrutamento internacional de médicos e de autorizar o exercício no País de médicos brasileiros e estrangeiros formados fora do Brasil e sem diploma revalidado. Contudo, para que possamos entender por que houve e há tanta luta quando o tema é o PMM, precisamos de uma perspectiva ainda mais ampla, é necessário estudar a trajetória de políticas de provimento de médicos, especialmente para a atenção básica, de formação médica e de regulação da profissão.

A questão das insuficiências na oferta e formação médicas é algo debatido em países pobres e ricos nos cinco continentes há muitos anos. Foi por diversas vezes objeto de resoluções da Organização Mundial da Saúde que, em 2010, declarou que a falta de pessoal de saúde adequadamente formado para o atendimento de

contingentes significativos da população mundial condiciona a eficácia dos serviços e a melhora dos resultados de saúde e representa um obstáculo na estratégia para alcançar saúde para todos e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMS, 2010). Nas Américas, os chamados serviços civis obrigatórios inauguraram as ações que visavam prover profissionais de saúde às áreas com maior necessidade. Inicialmente implementado no México nos anos 1930, foi replicado em outros países da região contando com a colaboração da OPAS. Peru e Equador, por exemplo, países em cujos territórios também está a floresta amazônica, implementaram essa medida ainda nos anos 1970.

Nesse período, no Brasil, estava recém implementado o Projeto Rondon, que inaugurou uma série de propostas programas de provimento, com algum êxito ou não em sua implementação, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), nas décadas de 1970 e 1980, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), na década de 1990, e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) nos primeiros anos deste século (Maciel Filho, 2007; Pinto, 2021). Nenhuma dessas medidas fez mudanças importantes na política de regulação, provimento e formação médicas no País, tampouco tiveram impacto relevante nas insuficiências na oferta e formação médicas (Pinto, 2021).

Ao longo das últimas décadas aquela que descrevemos e denominamos Comunidade de Políticas Medicina Liberal (CP-M Liberal) conseguiu impedir mudanças relevantes no *status quo* da profissão médica e nas políticas de regulação, formação e provimento médicos (Pinto, 2011). Comunidades de política são grupos mais ou menos coesos de atores individuais e coletivos, com diferentes posições institucionais (executivo, legislativo, judiciário, instituições privadas, universidades, organizações da sociedade civil, etc.) e relações entre si, que compartilham valores, objetivos e ideias, se especializam sobre uma questão, desenhos e resultados de políticas setoriais e atuam de maneira coordenada para afetar processos decisórios e tornar seus posicionamentos predominantes no governo (Côrtes e Lima, 2012). A CP-M Liberal era liderada por dirigentes das entidades médicas e composta por sujeitos que ocupavam cargos tanto no MS quanto MEC, por parlamentares e dirigentes de hospitais, públicos e privados, de cursos de medicina e programas de residência médica. Desde a década de 1960, tem mantido alguns posicionamentos, dentre os quais destacamos: 1) contra propostas de provimento médico que não respeitem a livre escolha do mesmo e que não sejam uma ‘carreira médica’ em nível nacional; 2) defesa da regulamentação do ato médico, como forma de assegurar o monopólio de exercício da profissão; 3) contra a ampliação do número de vagas de graduação em medicina; 4) defesa do controle da profissão sobre a formação de especialistas; e 5) contra medidas que aumentem a quantidade de médicos no mercado de trabalho, dentre elas, a autorização do exercício no País de médicos formados no exterior, sejam brasileiros ou estrangeiros. Essa Comunidade atua articulando *lobbies* nos poderes Executivo, Judiciário e Legisla-

tivo, principalmente junto a colegas de profissão; ocupando espaços institucionais no Estado, especialmente em áreas às quais são delegadas decisões sobre 'assuntos médicos'; influenciando ou coagindo os médicos por meio das entidades médicas; e dirigindo-se à sociedade por meio de importante ocupação de espaços nos veículos de comunicação (Campos, 1988; Machado, 1997; Carapineiro, 2005; Gomes, 2016; Pinto, 2021).

A ação da CP-M Liberal explica por que tanto no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) quanto na maior parte do Governo Lula não houve mudanças importantes nas políticas de regulação, formação e provimento médicos. No Governo FHC a CP-M Liberal conseguiu tornar ilegal - revogando uma autorização no Congresso Nacional e obtendo vitórias posteriores na justiça federal - a iniciativa do recém-criado estado de Tocantins em 1998, reproduzida pelos estados de Pernambuco e amazônicos do Acre e Roraima, de trazer aproximadamente 140 médicos cubanos, por meio de um acordo com o Governo de Cuba, para atuar na atenção básica e pequenos hospitais do interior. Também conseguiu bloquear a criação do Serviço Civil Obrigatório no ano 2000 e fazer com que o Governo Federal o transformasse em um "*serviço civil voluntário*"; o Pits, que, mesmo em seu auge, nunca conseguiu ultrapassar 200 médicos.

Durante o Governo Lula a Comunidade de Políticas Movimento Sanitário (CP-M Sanitário) - composta por acadêmicos, gestores e trabalhadores de saúde, principalmente no âmbito do SUS, líderes de entidades sindicais e profissionais e de outras organizações da sociedade civil da área de saúde (CÔRTEZ, 2009) - assumiu posições centrais no MS. Defendia a universalização do acesso aos serviços de saúde do SUS - atenção básica prioritariamente, mas também ampliação do acesso às urgências, saúde bucal especializada e medicamentos - e que as políticas de formação, regulação e provimento de profissionais de saúde seguissem os princípios da Reforma Sanitária e do SUS e fossem decididas principalmente no âmbito do subsistema saúde, levando em conta as necessidades do SUS. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi um esforço institucional nesse sentido.

Contudo, o conjunto do arranjo institucional vigente na interface entre os subsistemas de políticas da saúde e educação dificultou o sucesso do MS neste segundo objetivo. No Brasil, as profissões são regulamentadas por lei federal aprovada pelo Congresso e os conselhos profissionais são responsáveis pela regulamentação infralegal e pela fiscalização do exercício profissional. O MS apenas opina sobre mudanças na legislação que trata das profissões de saúde em tramitação no Congresso. Ao MEC cabem as decisões relacionadas à formação em nível de graduação, residência médica e outras pós-graduações. Apesar do princípio constitucional atribuir ao SUS papel destacado na gestão da educação na saúde, na prática, naquilo que é responsabilidade do MEC, cabe ao MS participar de fóruns de discussão que decidem sobre a formação médica, mas com poder de veto do MEC. O MS pode pro-

por medidas com incentivos que induzam instituições de ensino a orientarem sua formação em função das necessidades do SUS e que estimulem médicos a atuarem em áreas subatendidas. Assim, acaba sendo muito pequena a influência do MS na formação e regulação profissional quando comparamos com outros países com sistemas públicos de saúde abrangentes (Pinto, 2021; Pinto e Côrtes, 2021a).

Durante o Governo Lula, a CP-M Liberal se colocou contra a transferência de atribuições do MEC ao MS no que diz respeito à coordenação da residência médica, aos acordos bilaterais com países da América para reconhecimento mútuo de diplomas médicos e à criação do Serviço Civil Obrigatório. Sofrendo, também, resistência da direção e do quadro burocrático do MEC, nenhuma dessas ações conseguiram ser implementadas. De outro lado, a CP-M Liberal não conseguiu fazer o Governo assumir uma agenda que considerava essencial, a criação da Lei do Ato Médico, que ampliaria o monopólio médico sobre o exercício das práticas de saúde. Com isso, observou-se um certo equilíbrio de forças no qual nem a CP-M Sanitário conseguiu implementar mudanças pró-SUS no *status quo*, nem a CP-M Liberal conseguiu fazê-lo ampliando suas posições de poder. A única mudança que conseguiu avançar, mesmo com a oposição CP-M Liberal, foi o Revalida, cuja formulação aconteceu em 2010, embora só tenha sido implementado efetivamente em 2011, já no Governo Dilma. Sua aprovação não dependia de Lei, portanto, não teria que haver disputa no Congresso - arena na qual o Governo evitava entrar em conflito com a CP-M Liberal -, dependia unicamente do MEC e contava com o envolvimento do Presidente Lula, que provocou tanto o MEC quando o MS a implementarem uma solução para uma situação que considerava absurda e indefensável: a existência de diversos brasileiros formados em Medicina fora do País sem poder exercer a profissão, mesmo com o grande déficit brasileiro de médicos (Pinto, 2021; Pinto e Côrtes, 2021). O poder do Presidente de inserir novas questões na agenda governamental, de modo que seja construída uma política pública de enfrentamento, é reconhecido na literatura como importante fator de mudança institucional em subsistemas setoriais (Rutledge, 2016), especialmente no Brasil (Limongi e Figueiredo, 2009).

O Governo Dilma, por sua vez, começou com a Presidenta da República e o Ministro Alexandre Padilha, em seus respectivos discursos de posse, anunciando que enfrentar a questão das insuficiências na oferta e formação médicas seria uma prioridade do governo. Essa entrada da questão na agenda governamental é explicada por dois fatores principais. O primeiro foi a evolução e agravamento do problema da escassez de médicos nos sistemas de saúde que vinha expandindo serviços desde o ano de 2003. As consequências assistenciais e políticas desse problema foi ganhando importância na opinião dos secretários de saúde, prefeitos, parlamentares e junto à população em geral, como diversas pesquisas de opinião mostraram. O segundo foi a mudança de atores na direção do governo em 2011, tanto na Presidência e núcleo do governo, quanto no MS (Pinto, 2021; Pinto e Côrtes, 2021b). Mudanças de governo são considerados fatores explicativos na

mudança da agenda governamental por diversas teorias de análise de políticas públicas (True; Jones; Baumgartner, 2007; Mahoney e Thelen, 2010; Kingdon, 2011).

Um grupo de indivíduos posicionados principalmente no MS, mas também no MEC e no Congresso Nacional, atuaram para que a questão das insuficiências na oferta e formação médicas entrasse na agenda governamental, para que a solução de política pública proposta para essa questão fosse o PMM e atuaram na formulação, defesa e implementação do Programa. Com base na Teoria dos Múltiplos Fluxos (Kingdon, 2011) consideramos que esses sujeitos atuaram como Empreendedores do PMM: entendidos como agentes chave para criar ou aproveitar 'janelas de oportunidade' para dar visibilidade e conformar a abordagem de determinadas questões e promover a formulação de certas propostas. Eles eram de uma geração mais recente da CP-M Sanitário, diversos deles eram médicos, do Partido dos Trabalhadores, tinham experiências na gestão do SUS e, nas décadas de 1990 e 2000, foram lideranças do movimento estudantil de Medicina – a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) – e/ou da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e outras entidades médicas, sempre colocando como tema central a reforma educação médica no sentido das necessidades da população e do SUS. A atuação estratégica desses Empreendedores do PMM, a posição e decisões da Presidenta Dilma e as mudanças realizadas na direção e estrutura do MEC para viabilizar sua participação na construção do PMM, foram centrais para compreender como foi possível viabilizar a formulação do PMM ao longo do ano de 2012, superando as resistências políticas e institucionais presentes em diversas áreas do Governo Federal, especialmente no MEC. Além disso, foi essencial também para a tomada de decisão quanto à formulação do PMM, o histórico de resultados insuficientes alcançados com políticas e programas na área de regulação, formação e provimento médicos implementados até 2012, que não ousaram ultrapassar os limites estabelecidos pela CP-M Liberal. Especialmente os resultados insuficientes de programas implementados em 2011, como os incentivos do Fies, o Revalida e o Provab, encorajaram o núcleo do governo a decidir pela formulação de um programa mais efetivo, mesmo que sofresse a oposição da CP-M Liberal (Pinto, 2021; Pinto e Côrtes, 2021b).

A Presidenta Dilma estava envolvida com a questão das insuficiências na oferta de médicos, empenhada em resolver o problema e determinada a apresentar uma solução à sociedade quando as condições fossem favoráveis. Assim, o núcleo do governo conformou a ação dos ministérios envolvidos na formulação do Programa, deu condições a atuação dos Empreendedores do PMM e assegurou a mobilização dos recursos necessários à sua formulação. Embora mencionados nas entrevistas, raras vezes esse processo ganhou na literatura a importância que a análise mostrou que teve.

Mas a decisão de implementar o Programa só foi tomada em 2013. As eleições municipais no findar de 2012 foram apontadas como uma razão para a não imple-

mentação naquele ano, devido ao fato do PMM demandar importante envolvimento da gestão municipal em sua implementação. Atenção esta que tinha foco nas eleições. Com a posse dos novos prefeitos em janeiro de 2013, os Empreendedores do PMM viram a oportunidade de tentar contrabalançar a atuação da CP-M Liberal contrária ao Programa. Os Empreendedores do PMM agiram estrategicamente junto à Frente Nacional de Prefeitos (FNP) que de janeiro até o lançamento do PMM desenvolveu a campanha “*Cadê o Médico*”, que teve a adesão de mais de 2.000 municípios, cobrando que o governo federal suprisse a necessidade de médicos na atenção básica com um recrutamento internacional de médicos. Paralelamente a isso, os Empreendedores do PMM lideraram no governo a construção das bases do que veio ser a Cooperação entre a OPAS e Cuba que foi essencial não só na implementação do Programa, mas também na decisão de fazê-lo, porque criava uma reserva de médicos mobilizáveis que dava segurança ao sucesso do PMM mesmo que os recrutamentos nacional e internacional não alcançassem os números necessários (OLIVEIRA e PINTO, 2018). A decisão do núcleo do governo de implementar o PMM em 2013 está relacionada a esses dois fatores – atuação das organizações de prefeitos e cooperação com OPAS e Cuba – e à proximidade das eleições de 2014: na campanha, o governo federal precisaria mostrar avanços e resultados na saúde e, até aquela data, não tinha enfrentado ainda o problema visto com o mais importante pela população, a falta de médicos (Pinto, 2021; Pinto e Côrtes, 2021b).

Contudo, não se decidia a data de lançamento. Havia um indicativo de lançar depois da Copa das Confederações, que ocorreu em junho de 2013, mas nada havia sido feito em termos operacionais para que isso ocorresse. Então ocorreu uma importante mudança no contexto político em meados de 2013 devido as ‘Jornadas de Junho’. As manifestações, e todo o processo político associado, impactou forte e negativamente a popularidade dos governantes constituídos, dentre eles, a da Presidente Dilma. Amargando os piores índices de popularidade do primeiro mandato, o governo precisava dar uma resposta e isso mudou o cálculo estratégico do núcleo do governo. Antes, com governabilidade estável e alta popularidade, as consequências políticas negativas de um enfrentamento com a CP-M Liberal nas arenas do Congresso e da grande mídia, superavam os benefícios setoriais do PMM. No novo contexto, o governo precisava reagir e apresentar alguma resposta àquelas demandas e ao seu próprio desgaste político. Com isso, o Programa tornou-se, ao mesmo tempo, uma solução para os problemas político e setorial. Assim, as Jornadas, de fato, tiveram um papel importante na decisão de quando e de que modo lançar o PMM, mas não foram o fator que gerou a entrada na agenda, formulação e decisão do Programa como aponta grande parte da literatura. (Pinto, 2021; Pinto e Côrtes, 2021b).

Quanto ao processo de formulação do PMM podemos identificar dois momentos distintos. Um que ocorreu até o lançamento do Programa em 2013 e outro que se desdobrou no Congresso Nacional e que foi responsável pelas importantes diferenças entre a Medida Provisória e a Lei. No primeiro, os Empreendedores d

PMM aproveitaram legados ideacionais e aprendizados com programas implementados anteriormente para enfrentar a questão. A análise do que foi produzido academicamente e enquanto política públicas, no Brasil e no mundo, nas décadas anteriores sobre provimento, formação e regulação médicas permitiu a identificação de ideias, disputas, memórias e instituições que interferiram no processo de formulação e no desenho do PMM. Mas é importante notar que os Empreendedores do PMM processaram a questão identificando e elaborando problemas de um modo aderente a seus objetivos, ideias, valores e trajetória. Relacionaram a questão da “falta de médicos” com um universo mais amplo de problemas e de soluções que debateram ao longo de sua história de militância no SUS e, especialmente, na atuação no movimento estudantil buscando transformar a educação médica. Aproveitaram as oportunidades de ampliar o escopo da solução inicialmente pensada, de modo que o PMM não buscasse enfrentar só o problema da falta de médicos no curto prazo, mas também oferecesse soluções de médio e longo prazo para a formação médica, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, e abrangendo não só a graduação, mas também a residência médica.

Legados institucionais de políticas e ações anteriores também influenciaram muito o desenho com o qual o PMM foi formulado. O Programa não teria ganhado o desenho com o qual foi lançado, com seus eixos Provimento, Formação e Infraestrutura, se não tivesse ocorrido antes o Provac, se o governo não tivesse tentando implementar em 2012 o Plano Nacional de Educação Médica e se não tivesse sido criado em 2011 o Programa de Requalificação das UBS. Não teria sido possível ousar no Programa com o quantitativo que se alcançou, mais de 18 mil médicos quando o Provac não chegou a ultrapassar quatro mil, sem a construção da Cooperação com Cuba e sem a expansão e especialização da UNASUS demandada pelo Provac.

Depois de lançado, ao contrário do que poder-se-ia esperar, tendo em vista tanto a forte influência da CP-M Liberal no Congresso Nacional quanto a tendência conservadora do legislativo nacional quando o assunto é alterar regras profissionais, o escopo do Programa foi ampliado. Além disso, o Programa foi bastante modificado e o resultado final ficou bem mais próximo das ideias e valores da CP-M Sanitário que da CP-M Liberal. Em primeiro lugar é importante identificar o papel de agência que os Empreendedores do PMM tiveram também nesta etapa do processo. Conseguiram organizar um centro estratégico de decisões que articulou não só os Empreendedores situados no executivo, principalmente MS e MEC, mas também aqueles no Poder Legislativo. Assim, não perderam protagonismo mesmo quando a arena de formulação do PMM deixou de estar centrada no Executivo e passou para o Legislativo.

Em segundo lugar, a análise de alguns fatores conjunturais é indispensável para compreender como isso foi possível. Houve uma conjuntura favorável, caracterizada por uma virada na aprovação popular e política do PMM. A decisão tomada pelos Empreendedores de implementar o PMM do modo mais rápido e abrangente possí-

vel, contemplando muito mais municípios, e em com um volume de médicos muito maior que o inicialmente previsto, foi central nessa virada: de junho a agosto de 2013 a opinião pública deixou de estar dividida meio a meio, contra e a favor do PMM, para passar a contar com uma aprovação de mais de 80% (Pinto, 2021). Além disso, alguns fatores prejudicaram muito a imagem da CP-M Liberal junto à população, descredenciando suas críticas e passando a serem vistas como grupo que se colocava contra um programa benéfico à população por razões corporativas (Silva, 2018; Pinto, 2021): a estratégia de confronto adotada pelas entidades médicas e alguns acontecimentos dentre os quais destacamos três a seguir. A incitação a médicos não atenderem pacientes que tivessem sido atendidos antes por médicos cubanos. O descumprimento da lei do PMM fazendo com que centenas de médicos estrangeiros, já alocados nos municípios, não pudessem atender uma população carente de atendimento por boicote de alguns Conselhos Regionais de Medicina. O episódio no qual médicos brasileiros no Ceará, estimulados por e/ou organizados em entidades médicas, vaiaram a chamaram os médicos cubanos de escravos (Pinto, 2021).

Assim, a estratégia de implementação rápida e abrangente do PMM, as ações da CP-M Liberal e o crescente apoio popular ao PMM foram decisivos para o apoio político que ganhou, para a aprovação da Lei, bem como para uma criação de uma segunda janela de oportunidade na qual foi possível ampliar o escopo do Programa e incluir uma série de objetivos, determinações e instrumentos de política, especialmente medidas dirigidas à mudança da formação médica e do planejamento da força de trabalho em saúde, que fizeram com que o PMM que definido pela Lei fosse ainda melhor que o da Medida Provisória. A pesquisa mostrou que, para compreender como foi possível construir o PMM com seu desenho específico, fazê-lo avançar no defendido pela CP-M Sanitário depois de anos de bloqueio da CP-M Liberal, é necessário colocar no centro da análise o contexto político e a correlação de forças em determinados momentos da formulação do PMM; as linhas de ação estratégica e habilidades de certos atores, individuais e coletivos; determinados processos, consequências e acontecimentos não planejados e contingentes; e ainda, cálculos, decisões, táticas e ações específicas que ocorreram em momentos e processos decisivos da construção do Programa. Mas esse foi o objeto de Tese recente (Pinto, 2011) não deste texto.

Cabe destacar que o PMM produziu muitos efeitos positivos, e em dezenas dos mais de 400 artigos publicados sobre o Programa evidencia-se a ampliação da população atendida, especialmente nas áreas mais vulneráveis; o aumento no número e qualificação das consultas; ampliação do escopo e da resolubilidade; qualificação do cuidado continuado e da ação no território; a mais competência cultural e adequação às singularidades e necessidades das populações do território; a qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; a grande expansão de programas de residência médica, especialmente Medicina de Família e Comunidade (MFC); a expansão recorde de cursos de Medicina, especialmente no interior, que

passou a ter mais vagas que as capitais; o aumento da integração da graduação com o SUS e fortalecimento da MFC; a ampliação da capacidade do Estado de “ordenar a formação de recursos humanos em saúde”. Um trabalho importante de gestão do conhecimento sobre o PMM que merece menção é o feito pela OPAS e que deve ser conferido em sua Plataforma de Conhecimentos - Programa Mais Médicos. Este livro, por sua vez, traz estudos interessantíssimos que mostram esses efeitos desde uma perspectiva muitíssimo singular, a da Amazônia e das comunidades indígenas. Olhando para a literatura e, especialmente para este livro, podemos sintetizar efeitos do PMM na ideia de inclusão singular e com dignidade.

Mas nem o reconhecimento internacional, as fartas evidências da literatura científica, a ampla aprovação política de prefeitos e parlamentares a movimentos sociais, nem a massiva satisfação com o atendimento e apoio popular ao PMM conseguiram fazer com que, a partir do golpe de 2016, o Governo Temer fizesse o PMM estacionar e retroceder no Eixo Provimento, paralisasse completamente o Eixo Infraestrutura e começasse o desmonte do Eixo Formação. Se reduzir a quantidade de médicos e paralisar as obras e investimentos na Atenção Básica deixou de atender gente que ainda precisava ser incluída e voltou a abandonar coletividades inteiras que começavam a se acostumar com um atendimento digno, o desmonte do Eixo Formação (Oliveira et al, 2018; Pinto et al. 2018) abortou o que tinha de mais estruturante no Programa e aquilo que era absolutamente necessário não só para prover atenção básica nos próximos anos, mas aquilo que poderia conseguir contribuir com uma necessária mudança, demandada pelo SUS, na hegemônica formação e modelo de atenção centrados em procedimentos médicos individuais especializados vendidos como mercadoria.

Para piorar, com a eleição de Bolsonaro em 2018, não só aprofundasse o desmonte do Eixo Formação, como praticamente se expulsou aproximadamente 10 mil médicos cubanos com efeitos danosos, ainda não contornados, na atenção à saúde das populações mais vulneráveis, especialmente a amazônica e indígena. Começou-se a atacar ideologicamente o Programa como política pública, sem se importar com as evidências científicas produzindo enormes prejuízos à população, e sem colocar nada que funcione de fato em seu lugar, o que mais tarde aconteceu também no enfrentamento da Covid19 resultando na catástrofe sanitária que estamos vivendo.

Contudo, o que lemos nesse livro é prova de que os atores locais seguem produzindo a atenção básica e o SUS no cotidiano, remando contra a corrente, enfrentando obstáculos, sobem rio acima tal como uma piracema superando águas com turbulência de pororoca. São mostras não só de que tudo que foi produzido de vida e efeitos, compõem indelevelmente um legado que, certamente, não será ignorado nos processos de formulação de políticas vindouros, atestam a potente vontade e capacidade de resistência dessa nossa gente, alimentando a esperança em tempos que amar, sonhar e querer mais e diferente é mais do que nunca revolucionário.

## REFERÊNCIAS

Campos, GWS. (1988) **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec.

Carapinheiro, G. (2005) **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Edições Afrontamento (Porto). 4ª edição.

Côrtes, SV. (2009) **Participação e saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2009.

Côrtes, SV; Lima, LL. (2012) **A contribuição da sociologia para a Análise de Políticas públicas**. Lua Nova, v. 87, p. 33-62, 2012.

Dias, HA; Lima, LD; Teixeira, M. (2013) A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1613-1624.

Feuerwerker, LCM et al.(2002) **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec.

Girardi SN, Fernandes Jr H, Carvalho CL. (2020) **A regulamentação das profissões de saúde no Brasil**. Espaço para Saúde.

Gomes, LB. (2016) **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2011) **Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde**. Brasília: IPEA; 2011. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf). Acesso em: 17 ago 2021.

Kingdon, J.(2011) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. **Longman Classics in Political Science, Updated Second Edition**, Washington.

Limongi F, Figueiredo A. (2009) **Poder de agenda e políticas substantivas. Legislativo brasileiro em perspectiva comparada**. Belo Horizonte: UFMG 77-104.

Machado, M. H.; Campos, F.; Lima, N. (2015) **Em defesa do Mais Médicos**. Valor Econ, v. 28.

Maciel Filho, R.(2007) **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. Rio de Janeiro: Universidade do

Estado do Rio de Janeiro, 2007.

Mahoney, J.; Thelen, K. (2010) A theory of gradual institutional change. **Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power**, v. 1, p. 1-37.

Oliveira, FP; Pinto, HA. (2018) A formulação e implementação do Programa Mais Médicos e a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba. **Saúde Redes**, p. f: 33-l: 47.

Oliveira, F. P. de et al. (2019) Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170949.

Pinto, HA. (2021) **O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Pinto, HA; Côrtes, SV. (2021) Tendência à estabilidade institucional: regulação, formação e provimento de médicos no Brasil durante o governo Lula. **No Prelo**.

Pinto, HA; Côrtes, SV. (2021) O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível. **No Prelo**.

Pinto, H. A. et al. (2019) O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23.

Rutledge, P. (2016) Presidential power and agenda setting. In: Handbook of Public Policy Agenda Setting. **Edward Elgar Publishing**.

Silva, L. N. da. (2018) **Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o Estado**. 2018.

True JL, Jones BD, Baumgartner FR.(2007) Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policymaking. In: Sabatier, PA (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 155-188.

UFMG- **Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**.(2014) Relatório final: Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010: [relatório técnico de projeto]. Belo Horizonte: UFMG.

# O programa Mais Médicos e a gestão municipal de saúde: Olhando a iniciativa desde “O TERRITÓRIO”

Marcia Cristina Marques Pinheiro  
Charles Cezar Tocantins de Souza

*“O grito dessas pessoas no fundo dos seringais, devia ser escutado em Beléns e Manais”. (Milton Nascimento)*

## INTRODUÇÃO

**E** escrever esse texto para um livro organizado por esses especialistas, ombreados a esse grupo de autores - literalmente os “pais” do Programa Mais Médicos (PMM) - é um desafio um tanto intimidador, não fosse o encanto e o prazer que nos toma sempre que o assunto é o Programa Mais Médicos. Encanto prazeroso especialmente a partir desse nosso lugar, de representação de 5.570 municípios brasileiros, onde o dia a dia nos exige, o tempo todo, coragem, ousadia, criatividade e muita disposição na construção de políticas públicas que apoiem os gestores municipais em sua missão cotidiana de entregar saúde à população brasileira sob sua responsabilidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma produção muito generosa e inclusiva, a maior política de inclusão e equidade do país, como costumam dizer especialistas e analistas de políticas públicas. Mas o gosto de inclusão e equidade é um componente municipal. O SUS não é apenas uma política “municipalista”; sua alma, e seus desafios mais agudos, se assentam sobre o território dos municípios e suas gentes. Por isso nos anima tanto falar do Programa Mais Médicos, sobretudo na força que teve na sua origem e a rápida consolidação no gosto e na esperança de quem está no território dos municípios, particularmente aqueles mais remotos e com menor desenvolvimento econômico, onde fazer políticas públicas inclusivas depende muito da capacidade criativa dos gestores locais.

Aliás, toda a formulação epistemológica sobre a integralidade, a descentralização e a participação colocam “o território” em evidência. As diretrizes do SUS nos dizem sempre as melhores análises, se materializam concretamente no ter-

ritório onde as pessoas vivem e produzem suas saúdes. No território que é sempre vivo e vivido, como nos alertava Milton Santos (1997) para falar do espaço comum e não das representações técnico-científico-informacional que fazemos sobre ele. Pois bem, no SUS, a base desse “*território*” é o município e suas conexões com outros municípios.

Sendo assim, falar do Programa Mais Médicos, como de outras iniciativas nos mais de trinta anos de vida dessa política pública cidadã, desde o “*lugar*” do município é muito relevante e queremos ocupar esse lugar de fala. O PMM teve um protagonismo muito relevante dos municípios, para vocalizar a necessidade de uma iniciativa mais solidária entre os gestores (que sempre são co-responsáveis pela gestão do SUS) e para implementar o Programa no cotidiano. Mas esse lugar de fala é escasso quando se faz avaliações do Programa. Neste livro, o protagonismo do “*local*” é evidente e nos motivou à interação.

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS: OS MUNICÍPIOS ESTÃO NA ORIGEM!

Ainda hoje, se fechar os olhos, somos capazes de lembrar o cardápio daquele almoço compartilhado na sala do Secretário Mozart Salles (SGTES-MS) em companhia do então Secretário Executivo do Conasems, Dr. Ênio Servilha Duarte, quando fomos apresentados a uma primeira versão da proposta do que viria a ser o Programa Mais Médicos. Sendo o problema “*escassez do profissional médico nos municípios brasileiros*”, uma preocupação antiga e recorrente dos gestores municipais, o que ouvimos na sequência da apresentação da proposta foi um chavão já conhecido de muitos que transitam nesses espaços de representação tripartite – “*Melhor, só se for verdade!*” exclamado pelo Dr. Ênio. A reunião semeou e ativou esforços recíprocos para que “fosse verdadeira” a proposta. A partir de então começou a se desenrolar e ser construído, sem sombra de dúvidas, o maior Programa de provimento médico já implementado no Brasil e um dos maiores sopros para a atenção básica em lugares remotos, de municípios afastados dos centros urbanos até periferias de grandes centros.

No ano anterior, 2012, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) lançara a campanha – “*Cadê o Médico*” – com o propósito de provocar a agenda política para a urgência dessa discussão e da proposição de políticas públicas de apoio aos municípios para o provimento de profissionais médicos, cuja chamada era: “*A Frente Nacional de Prefeitos quer saúde pública de qualidade em todos os municípios do país*”. Somando-se a isso o cenário político efervescente de junho de 2013 e temos então a edição da Medida Provisória (MP) nº 621, em 08 de julho de 2013, com o lançamento do Programa Mais Médicos (Pinheiro, 2017).

Portanto, o Programa Mais Médicos foi uma resposta da gestão do SUS, com iniciativa muito relevante do governo federal, ao clamor das ruas assim como dos pre-

feitos e secretários municipais de saúde que, vivendo no seu cotidiano as imensas e urgentes necessidades de contratação de médicos para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o país, fizeram uma forte mobilização. Mobilização que traduziu a realidade das periferias das grandes cidades e dos municípios do interior, em territórios distantes das sedes dos municípios, em áreas de sertão, florestas e rios, de um Brasil invisível às mídias, mas muito presentes nos indicadores das doenças da desigualdade e pobreza, como a malária, a hanseníase e a doença de chagas. Se estudamos políticas públicas, sabemos que a formulação da agenda é uma etapa fundamental, assim como a implementação. Nessas duas etapas, o protagonismo dos municípios foi enorme e pareou a iniciativa do governo federal.

Tentaremos não ser repetitivos, uma vez que nos antecedem no texto, os formuladores e executores do Programa Mais Médicos, gestores no Ministério da Saúde na ocasião, e a mensagem que gostaríamos de registrar e reiterar é a importância e relevância do Programa, o quanto significou e ainda significa para os municípios brasileiros, essa política acertada e bem-sucedida de provimento médico para a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Mais ainda, com o filtro da produção de equidade, o Programa priorizou os territórios com maior dificuldade de garantir acesso às pessoas e grupos às ações e serviços de saúde. As diferenças estruturais de condições de resposta de municípios e regiões reivindicam a corresponsabilidade de estados e da União para a implementação de respostas que tenham capacidade de responder ao direito da população de acessar serviços de qualidade.

O Conasems é uma instituição que nasceu do movimento social em prol da saúde pública brasileira e se legitimou como força política de representação das secretarias municipais de saúde do país. Desde 1988 atua na luta pela consolidação de um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçada em conceitos como descentralização e municipalização, defendendo a gestão democrática para a saúde, estimulando a autonomia dos municípios e reivindicando um papel que não fosse o de meros coadjuvantes, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do SUS. Falar de políticas públicas de saúde no Brasil, assim como falar do SUS, nos leva inexoravelmente a uma constatação - a atuação sempre presente dos municípios nos espaços de discussão das políticas marcadas pelo compromisso com as necessidades e demandas da população.

E nesse exercício constitucional tripartite de construção do SUS, o Conasems esteve desde o início - talvez naquele almoço - junto do Ministério da Saúde na construção e acompanhamento do Programa, uma política nacional com ações de curto, médio e longo prazo capitaneadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Hoje, oito anos após o seu lançamento, o sentimento expresso na publicação de comemoração de dois anos do Programa permanece a mesma na ótica do gestor municipal - *"O Programa Mais médicos é uma realização da qual o governo*

*federal muito se orgulha. Com ele, pela primeira vez na história do Brasil, enfrentamos no âmbito nacional, o histórico problema de escassez de médicos que tanto dificultava a efetiva universalização do acesso e a promoção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais justo e equânime” (Brasil, 2015, p.9).*

Tantos resultados já apresentados, inclusive as pesquisas trazidas aqui neste livro, demonstram para além da identificação das fragilidades do sistema, a capacidade e o potencial de superação de desafios do SUS, quando há meios, empenho e sintonia entre todos os entes na dinâmica do pacto federativo. Mais do que isso, as experiências aqui documentadas e analisadas mostram que o SUS acontece nos territórios, numa alquimia de iniciativas que somente é possível no contexto dos municípios. Não se trata aqui de desconhecer as diversidades nos municípios brasileiros, mas, ao contrário, de perceber que, com o compartilhamento das responsabilidades com as demais esferas de gestão, o SUS é possível em cada território. As experiências analisadas nos diferentes capítulos do livro mostram a capacidade de organizar acesso e qualidade de respostas, ações de educação permanente em saúde que colocam, com muita responsabilidade, o trabalho em análise. Como se registrou na literatura já, o Programa Mais Médicos também foi uma das maiores iniciativas de educação permanente em saúde implementadas, com a diversidade de encontros gerando possibilidade de qualificar e ampliar as ações nos sistemas municipais de saúde (Ferla, 2019).

O Programa trazia um amplo pacto de melhorias do atendimento no SUS, desde acelerar investimentos em infraestrutura (Eixo 1), prover e ampliar o número de médicos em regiões carentes e vulneráveis, especialmente nos municípios pequenos e mais pobres como também nas periferias das grandes cidades (Eixo 2), até mudanças na formação médica com a ampliação de vagas de cursos de medicina e de programas de residências médicas (Eixo 3). O Eixo 2 de Provimento Emergencial, desde o início, foi o que se consolidou e segue ainda hoje ativo e respondendo aos seus objetivos.

Inicialmente o Programa chegou a contar com 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e em todos os 34 Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEI). O Programa enfrentou e ainda enfrenta de forma inequívoca a insuficiência ou mesmo a ausência desses profissionais nas periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, comunidades quilombolas, indígenas e assentados, sertão nordestino, populações ribeirinhas entre outras, que nunca contaram ou não conseguiam fixar médicos.

De 2013, com o Ministro Alexandre Padilha, até 2021, com o Ministro Marcelo Queiroga, já são nove os Ministros da Saúde que atuaram na pasta desde a implementação do Programa até os dias de hoje na rotina de seu acompanhamento, cada qual com sua equipe e suas diferentes propostas políticas. O Programa resis-

te e persiste, porque está alicerçado e legitimado na dificuldade real dos municípios de proverem o médico para atender às necessidades de saúde de sua população e no reconhecimento de seus resultados pela população e autoridades da gestão municipal. Mudanças foram propostas e sempre serão bemvindas quando o objetivo é aprimorar a política, mas infelizmente o que também persiste é a inegável necessidade de apoio aos municípios, principalmente os mais vulneráveis, com políticas públicas de provimento para que o acesso à saúde pela população seja mais justo e equânime. A “*porta de entrada*” do SUS é o território do município e a qualificação do acolhimento e da resolutividade da atenção não é exclusivamente municipal, uma vez que a gestão do SUS é trabalho compartilhado.

## DESAFIOS AMAZÔNICOS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Para uma mostra do desafio enfrentado pelo Programa, podemos exemplificar a região Norte, região de maior extensão territorial do país, em compensação de maior dispersão demográfica, maior população indígena, menor cobertura assistencial de saúde e com imensa dificuldade de deslocamento e infraestrutura territorial.

O Programa mostrou a capacidade de enfrentar cenários de diversidades. A abrangência territorial e as distâncias foram superadas pelos profissionais médicos e demais integrantes da equipe com os meios mais diversos de deslocamento para o atendimento da população, como ilustra o dossier fotográfico deste livro. Sem a negativa estrutural para implantação dos serviços, uma vez que a chegada dos profissionais do Programa viabilizava a ação mais efetiva das equipes e, portanto, da ocupação de UBS ainda que com mínima estrutura, os serviços se tornaram plenamente operantes. Vale ressaltar o papel da missão cubana, superando a dificuldade do idioma e cultura, tiveram um papel fundamental na região.

Se compararmos os números do início do Programa (2012) e os números de hoje - outubro de 2021 - expressos na tabela abaixo, podemos ver uma melhora significativa na relação médico por mil habitantes na região norte e essa melhora certamente e resultado da política de provimento implementada por meio do Programa, inclusive também com o aumento de oferta de cursos de medicina na região (Eixo 3).

**TABELA 06** - Distribuição de médicos por mil habitantes na Região Norte

UF	População 2012	Total de Médicos	Médicos por 1.000hab	População Estimada 2021	Total de Médicos	Médicos por 1.000hab
RR	445.043	540	1,21	636.000	1010	1,59
AP	662.927	505	0,76	861.700	1205	1,39
AC	721.006	679	0,94	906.000	1.189	1,31

<b>TO</b>	1.323.231	1.426	1,08	1.607.363	3.445	2,14
<b>RO</b>	1.531.920	1.562	1,02	1.800.000	3.408	1,89
<b>AM</b>	3.534.574	3.744	1,06	4.269.995	5.631	1,32
<b>PA</b>	7.726.888	5.938	0,77	8.777.124	10.217	1,16
<b>TOTAL</b>	15.945.589	14.394	0,90	18.858.182	26.105	1,38

Fonte - Conforme inscrições primárias do Conselho Federal de Medicina em 2012 e 2021 e População Brasileira conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2012 e 2021.

Em outubro de 2021 estão em curso os editais para médicos e municípios - referentes ao 24º Ciclo do Programa, com cerca de 1500 vagas em municípios de perfis de 4 a 7 e DSEI - perfil 8 - em todo o Brasil. Esses perfis caracterizam municípios de grande vulnerabilidade e baixa atratividade para profissionais médicos. Dessas vagas, 188 estão em 131 municípios, e 25 vagas em 14 DSEIS da Região Norte.

## POR FIM, UM PERCURSO QUE PRECISA SEGUIR ...

Nos ocupamos neste capítulo de traduzir um olhar avaliativo do Programa Mais Médicos desde os municípios, que são a base estruturante e a alma do Sistema Único de Saúde. Os municípios não foram apenas o território de implementação do Programa, senão que estiveram na origem, colocando a temática do provimento e da fixação de profissionais na agenda da gestão, como iniciativa que somente poderia ser superada com o efetivo exercício das responsabilidades compartilhadas de gestão. As desigualdades territoriais e o desenvolvimento econômico e social no território brasileiro somente serão superadas com ações conjuntas, no desenho interfederativo registrado na Constituição Brasileira de 1988.

Comemoramos as análises que compõem o livro como conhecimentos oportunos que não ignoram o território e sua complexidade e, tampouco, os diferentes olhares que fazem o SUS no cotidiano. Por isso, decidimos agregar a ele também a perspectiva municipal.

O Programa Mais Médicos representa um avanço substantivo na resposta ao direito à saúde, uma iniciativa que considerou o amálgama da gestão interfederativa que funciona como apoio à gestão descentralizada, um sopro de vitalidade à atenção básica, uma das maiores iniciativas de Educação Permanente em Saúde - EPS (mesmo que quase invisível nas análises que temos visto sobre o Programa) e um reconhecimento significativo à relevância social e sanitária ao trabalho em saúde, na atenção e na gestão. Os estudos que compõem o livro ilustram esses aspectos e mostram a complexidade da gestão local, seja em relação à magnitude dos problemas, seja nas potencialidades que somente se materializam no território. Louvamos essas abordagens e o compromisso ético e político dos autores.

Nossa decisão de ocupar esse lugar de fala também foi para registrar, uma vez mais, a relevância de sua continuidade para os municípios. O provimento de trabalhadores, sobretudo nas profissões e ocupações com mais força de preservação dos seus interesses corporativos, é uma ação que requer trabalho colaborativo entre as esferas de gestão. Não apenas o provimento, mas a formação adequada às necessidades locais. Todos são temas que compõem o ideário das políticas há algum tempo, mas que o Programa colocou na ordem do dia.

O percurso até aqui "*foi verdadeiro*", como no melhor desejo do Dr. Ênio naquela relevante reunião-almoço. Agora é preciso tornar verdadeira a continuidade, assim como a resistência a qualquer risco de retorno à naturalidade com que a desassistência da população é considerada com alguma frequência. A "voz" dos territórios onde o SUS acontece reivindica que mudanças, se forem necessárias, sejam no sentido de qualificar o que alcançamos, jamais para retroagir.

Avaliamos que os resultados dos estudos que compõem este livro contribuem também com isso, mostrando um SUS em movimento, amalgamado pelo trabalho real de gestores, trabalhadores e trabalhadoras em diferentes ocupações e da sociedade como um todo, fazendo dos municípios territórios vivos e intensamente vividos.

## REFERÊNCIAS:

Brasil. (2015). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. **Programa Mais Médicos - dois anos: saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, p.9 - [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf)

Ferla, A. A. (2019) More Doctors Program and work development: a continuing education effect. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 23, n. Supl. 1, e180679. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180679>.

Pinheiro, M. C. M. (2017) **Programa Mais Médicos: o que dizem os gestores municipais**. Dissertação (Mestrado). 2017. Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva. Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/25286>

Santos, M. (1997) **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

# Índice Remissivo

## A

### Amazonas

4, 5, 13, 33, 37, 46, 47, 48, 51, 58, 60, 65, 71, 74, 75, 101, 112, 113, 115, 117, 119, 124, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 144, 146, 148, 161, 162, 171, 172, 173, 184, 222, 242, 243, 244, 245.

### Amazônia

1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 16, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 65, 70, 87, 110, 111, 113, 115, 118, 120, 128, 143, 152, 155, 156, 158, 159, 161, 162, 171, 172, 173, 174, 176, 179, 183, 187, 190, 191, 194, 194, 222, 231, 242, 244, 245.

### Amazônico

7, 13, 28, 40, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 109, 115, 158, 174.

## C

### Comunidades

25, 29, 30, 33, 40, 46, 48, 54, 63, 67, 68, 80, 88, 89, 90, 92, 95, 96, 97, 100, 102, 159, 160, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 180, 182, 183, 184, 185, 187, 194, 223, 224, 231, 237.

### Conselho Nacional de Saúde

10, 11, 12, 13, 15, 242, 243.

### Covid

8, 12, 15, 16, 19, 20, 28, 29, 30, 32, 35, 45, 46, 48, 51, 58, 157, 159, 160, 161, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 178, 179, 180, 183, 189, 191.

## D

### Diversidades

17, 18, 19, 41, 47, 156, 157, 188, 237, 238.

## E

### Ensino

10, 12, 26, 45, 49, 50, 117, 118, 187, 188, 189, 194, 223, 226.

## G

### Gestão

5, 10, 11, 14, 19, 22, 29, 30, 36, 37, 38, 46, 48, 49, 50, 56, 57, 59, 62, 63, 67, 69, 72, 76, 90, 96, 97, 98, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 116, 118, 119, 121, 126, 127, 128, 140, 142, 143, 145, 150, 155, 173, 182, 183, 190, 223, 225, 227, 228, 231, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 243.

## I

### Integralidade

10, 13, 35, 36, 43, 45, 50, 51, 61, 99, 119, 121, 149, 153, 175, 176, 234.

### Isolamento

30, 169, 176, 178, 180, 182, 183, 186.

## P

### Pandemia

7, 12, 15, 16, 19, 20, 28, 30, 31, 33, 35, 36, 45, 46, 48, 58, 156, 157, 158, 159, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 176, 178, 179, 181, 183, 186, 187, 189.

### Políticas Públicas

5, 8, 12, 13, 16, 20, 21, 29, 31, 36, 41, 42, 43, 49, 54, 58, 98, 109, 113, 115, 118, 120, 128, 152, 153, 155, 156, 173, 174, 175, 187, 227, 232, 233, 234, 235, 236, 238, 242, 243, 244.

### Programa Mais Médicos

7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 24, 28, 29, 32, 37, 38, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 54, 55, 56, 57, 70, 71, 74, 77, 78, 84, 85, 86, 88, 94, 95, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 138, 139, 140, 141, 142, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 166, 171, 173, 174, 175, 177, 189, 189, 191, 194, 222, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 129, 240, 244.

## R

### Redes

13, 22, 50, 101, 109, 111, 112, 113, 122, 151, 159, 168, 179, 182, 233.

### Ribeirinho

54.

## S

### Saúde Coletiva

29, 36, 41, 44, 50, 109, 110, 111, 113, 154, 155, 173, 181, 232, 233, 240, 242, 243, 244, 245

### Serviços de Saúde

10, 35, 41, 44, 46, 55, 58, 60, 77, 84, 85, 91, 94, 97, 116, 117, 120, 121, 123, 145, 147, 149, 151, 152, 175, 178, 225, 236.

### Singularidades

19, 55, 120, 140, 222, 230.

## T

### Território Líquido

4, 5, 7, 10, 28, 30, 32, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 156, 158, 171, 194, 195.

## V

### Vivo

41, 111, 113, 151, 158, 194, 235.

# Sobre os Autores e Autoras

## ORGANIZADORES

### **Júlio Cesar Schweickardt**

Graduação em Ciências Sociais. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPISA/Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.ilm@gmail.com

### **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**

Odontólogo. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/ Fiocruz Amazonas (2008). Doutor em Ciências pelo Programa de Saúde Pública da Fiocruz-PE e docente permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida) e do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Ex-secretário de saúde do Estado do Amazonas. Pesquisador em Saúde Pública e membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPISA/ILMD Fiocruz Amazônia) Organizador da obra. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com.

### **Alcindo Antônio Ferla**

Médico, doutor em educação, professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS), membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

## AUTORES E AUTORAS

### **Alexandre Padilha**

Ministro da Saúde do Brasil 2011 a 2014, Professor Atenção Primária em Saúde - Mandic., Professor Atenção Primária em Saúde Graduação Medicina e Residência Multiprofissional, Uninove, Doutorando e Colaborador do Mestrado Profissional no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

## Ademar Arthur Chioro dos Reis

Médico, doutor em ciências (UNIFESP). Professor-adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. Foi secretário municipal de saúde de São Vicente-SP (1993-1996) e de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Foi presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP) por três mandatos. Foi Diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Ministro de Estado da Saúde (2014-2015).

## Camila Soares Teixeira

Doutoranda em Saúde Coletiva (Universidade de Brasília - UnB), Mestre em Saúde Pública (FIOCRUZ Amazônia), Enfermeira Obstétrica (UEA) e membro do LAHPSA.

## Charles Cezar Tocantins de Souza

Administrador Público, Advogado, Sanitarista, SMS de Tucuruí-PA, Presidente do Cosems Pará, Vice-Presidente do Conasems.

## Fernando Zasso Pigatto

Conselheiro nacional de saúde desde 2014, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam). Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) desde dezembro de 2018. Formado em Gestão Ambiental pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Desde jovem trabalhou na agricultura, depois tornou-se comunicador no Jornal Gazeta de Rosário, foi chefe de gabinete da Prefeitura Municipal de Santa Maria, assessor no Projeto Consórcio Social da Juventude do Programa Primeiro Emprego do Governo Federal na região metropolitana de Porto Alegre, assessor parlamentar na Câmara dos Deputados e Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.

## Hêider Aurélio Pinto

Médico sanitário e militante da reforma sanitária. Mestre em Saúde Coletiva e Doutorando em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi gestor nas três esferas de governo, tendo sido Diretor do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde de janeiro de 2011 até março de 2014 e Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde de abril de 2014 até maio de 2016. Neste momento é pesquisador, educador e consultor de instituições, organizações e movimentos de saúde e professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

## James Dean Oliveira dos Santos

Estatístico pela Universidade Federal do Amazonas (2004), mestrado em Estatística pela Universidade Estadual de Campinas (2006) e doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011). Atualmente



é professor da Universidade Federal do Amazonas. Tem experiência na área de Probabilidade e Estatística, com ênfase em Inferência Bayesiana, atuando principalmente nos seguintes temas: modelos lineares dinâmicos, eficiência técnica produtiva, fronteira de produção, inferência bayesiana e aglomerados.

### **João Paulo Barreto**

Indígena do Povo Ye'pamahsã (Tukano) do Alto Rio Negro; mestre em Antropologia Social; Idealizador e co-fundador Centro de Medicina Indígena da Amazônia - Bahserikowi. Manaus, AM. E-mail: jplbarreto@gmail.com

### **Joana Maria Borges de Freitas**

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

### **Luiz Augusto Facchini**

Professor titular do Departamento de Medicina Social Universidade Federal de Pelotas, Coordenador da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO

### **Marcus Vinícius Marcelini Silveira Ribeiro**

Médico, professor e preceptor. Atua como professor e preceptor, principalmente nas áreas de medicina de família e comunidade, saúde coletiva e saúde mental. Já ministrou aulas e estágios em universidades públicas e privadas, dentro e fora do Brasil, atualmente é professor na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Realiza atendimentos em clínica geral, familiar e comunitária. Atua também no sistema público de atenção à saúde indígena, na supervisão médica e acadêmica do Programa Mais Médicos. Concluiu o programa de residência em medicina de família e comunidade pela Universidade de São Paulo e atualmente realiza mestrado na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Contato: vinisilmarcelini@gmail.com

### **Márcio Mariath Belloc**

Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva. Atua nos seguintes campos: antropologia médica, saúde coletiva, saúde mental, psicanálise, arte e experiência urbana. Professor do Mestrado en Salud Mental da Universidad Nacional de Córdoba (Argentina); professor convidado da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Especialización en Salud Mental Co-lectiva da Universitat Rovira i Virgili; professor colaborador da Universitat Oberta de Catalunya.

**Marcia Cristina Marques Pinheiro**

Odontóloga, Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Assessora técnica do Conasems.

**Milene Neves da Silva**

Mestra em Saúde Pública (FIOCRUZ Amazônia), Fisioterapeuta e Docente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e membro do LAHPSA.

**Tais Rangel Cruz Andrade**- Mestre - Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. E-mail: taisrca@hotmail.com

**Tiótrefis Gomes Fernandes**

Professor e Doutor da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e membro do LAHPSA.

**Tatiane da Rosa Vasconcelos**

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Franciscana (UFN). Pós-graduanda em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).



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

## Mais Médicos na Amazônia: Efeitos no território líquido e suas gentes

O livro que estamos apresentando à leitura de amplo acesso tem origem num esforço rizomático que envolve muitas pessoas e instituições, não apenas na escrita, mas na viabilização do contexto em que emergiu o conteúdo dos capítulos. Nossa imensa gratidão às comunidades indígenas e ribeirinhas, às organizações da saúde e às equipes que nos receberam, compartilharam sua casa e seu alimento e nos apoiaram nas pesquisas. A proposta do livro sobre os efeitos do Programa Mais Médicos na Amazônia tem como referência principal dois estudos empíricos inéditos realizados na região do Alto Rio Solimões, estado do Amazonas, acrescidos de outros, que analisaram também os efeitos da pandemia.

A publicação é voltada para pesquisadores, especialistas, estudantes, trabalhadores e gestores do setor saúde, assim como entidades e movimentos sociais envolvidos com essas temáticas no território amazônico. Por certo, uma interligação de conceitos e abordagens dessa natureza possibilita a composição de um futuro referencial muito apropriado aos profissionais, aos trabalhadores e instituições sejam governamentais e não-governamentais na ampliação do cuidado em saúde em contextos específicos.

Findo o trabalho da pesquisa e da organização do livro, desejamos a todas as pessoas que o acessarem que tenham uma leitura mobilizadora de pensamentos e ações em relação à saúde, ao direito à saúde, à responsabilidade ética e política do cuidado e da produção de conhecimentos, à capacidade inclusiva das políticas públicas e à relevância de um sistema de saúde universal. Também à condição de relevância pública do trabalho e do ensino na saúde. Oxalá produza novos imaginários sobre o encontro da saúde com os povos amazônicos, onde a adversidade das doenças seja intolerável, mas a diversidade dos modos de andar da vida seja reconhecida e, quiçá, desejada. Afinal, o bem viver nos coloca possíveis no sentido freireano, mesmo em tempos tão difíceis como esse que produzimos para sobreviver.

