

editora



redeunida

Série Saúde & Amazônia, 29

# AMANHÃ SERÁ UM NOVO DIA:

SUS presente nos territórios  
e na vida de Manicoré, AM

**ORGANIZADORES:**

Maria Adriana Moreira  
Sônia Maria Lemos  
Vanessa Colares Magalhães Alves  
Júlio César Schwelckard



Série Saúde & Amazônia, **29**

**ORGANIZADORES:**

Maria Adriana Moreira  
Sônia Maria Lemos  
Vanessa Colares Magalhães Alves  
Júlio Cesar Schweickardt

# AMANHÃ SERÁ UM NOVO DIA.

SUS presente nos territórios  
e na vida de Manicoré, AM

1º Edição  
Porto Alegre, 2024  
Rede UNIDA



**REALIZAÇÃO:**



SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAÚDE



**APOIO FINANCEIRO**



## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

## Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virginia de Menezes Portes.

## Conselho Editorial:

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
**Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).  
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália).  
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália).  
**Berta Paz Llorido** (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 Valde Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).  
**Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).  
**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
**Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense).  
**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).  
**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil).  
**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).  
**Lisiane Böer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, 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).  
**Maria Augusta Nicolli** (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).  
**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).  
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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).  
**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).  
**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).  
**Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil).  
**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).



Comissão Executiva Editorial

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Renata Riffel Bitencourt**

**Alana Santos de Souza**

Projeto Gráfico Capa e Miolo

**Editora Rede UNIDA**

Diagramação

**Agência Beast Br**

Arte da Capa

**Junio Pontes**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**A484** Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM / Organizadores: Maria Adriana Moreira; Sônia Maria Lemos; Vanessa Colares Magalhães Alves; Júlio Cesar Schweickardt.

**1.ed.** - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2024.  
**ISBN:** 978-65-5462-106-9

**364 p.:** (Série Saúde & Amazônia, v.29).  
**DOI:** 10.18310/9786554621069

1. Sistema Único de Saúde. 2. Manicoré/AM. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Serviços Básicos de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**NLM W 84**  
**CDU 614**

## ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

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

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza - Bibliotecária - CRB 10/2738

Copyright © 2024

Maria Adriana Moreira, Sônia Maria Lemos, Vanessa Colares Magalhães Alves, Júlio Cesar Schweickardt

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

A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/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 realizada a partir da Mostra Municipal "Aqui tem SUS" no Município de Manicoré, em 2023. Os manuscritos foram escritos por trabalhadores e trabalhadoras de saúde, gestores e gerentes da Secretaria Municipal de Manicoré. Os manuscritos foram avaliados pela equipe organizador do livro e outros pesquisadores do LAHPSA.  
E-mail: [lahpsa.ilm@fiocruz.br](mailto:lahpsa.ilm@fiocruz.br)

# AMANHÃ SERÁ UM NOVO DIA:

SUS presente nos territórios  
e na vida de Manicoré, AM

**ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:**

Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia  
Prefeitura Municipal de Manicoré.

**REVISORES:**

Júlio Cesar Schweickardt, Sônia Maria Lemos, Maria Adriana Moreira, Vanessa Colares Magalhães Alves, William Pereira Santos, Alcindo Antônio Ferla, Gabriela dos Santos, Cristiano Fernandes da Costa, Sabrina Araújo de Melo.

**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:**

MOREIRA, Maria Adriana; LEMOS, Sônia Maria ; ALVES, Vanessa Colares Magalhães; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.). Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. (Série Saúde & Amazônia, v. 29). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-106-9

**1ª Edição**  
**Porto Alegre/RS 2024**  
**Rede UNIDA**







# Sumário

## PREFÁCIO PREFEITO

<b>Um lugar chamado Manicoré para o mundo todo ver</b> .....	<b>10</b>
<i>Lucio Flávio do Rosário (Prefeito de Manicoré).</i>	

## PREFÁCIO SAPS

<b>Escutar o território, dialogar com o território para nele promover saúde</b> .....	<b>12</b>
<i>Felipe Proença de Oliveira, Secretário de Atenção Primária à Saúde Ministério da Saúde.</i>	

## PREFÁCIO CONASEMS

<b>Livro como construção coletiva da saúde: uma inspiração para continuarmos lutando por um SUS forte</b> .....	<b>14</b>
<i>Hisham Mohamad Hamida (Presidente do CONASEMS e Secretário de Saúde de Pirenópolis-GO)</i>	

<b>01</b>	<b>Amanhã será um novo dia com manhãs de mais saúde: promovendo uma gestão do cuidado em Manicoré, Amazonas</b> .....	<b>16</b>
<i>Júlio Cesar Schweickardt, Sônia Maria Lemos, Maria Adriana Moreira, Vanessa Colares Magalhães Alves.</i>		

<b>02</b>	<b>Do ribeirão ao urbano na construção do plano municipal de saúde: uma experiência participativa no município de Manicoré</b> .....	<b>37</b>
<i>Manoel Cetauro da Fonseca Júnior, Kedison da Silva Monteiro, Maria Adriana Moreira, Thalita Renata das Guedes Neves, Júlio Cesar Schweickardt.</i>		

<b>03</b>	<b>“Retratos” da saúde ribeirinha pelo olhar da equipe da Unidade Básica de Saúde Fluvial</b> .....	<b>53</b>
<i>Vanessa Colares Magalhães Alves, Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa, Maria Adriana Moreira, Júlio Cesar Schweickardt, Péricles Vale Alves, Rodrigo Tuleman Alves de Paula.</i>		

<b>04</b>	<b>O SUS fazendo banheiro no território líquido: a implantação de equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial</b> .....	<b>75</b>
<i>Manoel Cetauro da Fonseca Júnior, Maria Adriana Moreira, Mariles Bentes da Silva, Liliane da Silva Soares, Júlio Cesar Schweickardt.</i>		

<b>05</b>	<b>A estruturação da assistência farmacêutica no município de Manicoré</b> .....	<b>93</b>
<i>Raiza Brito Campos, Maria Adriana Moreira, Manoel Cetauro da Fonseca Júnior, Sabrina Araújo de Melo.</i>		

<b>06</b>	<b>Estratégias das equipes de saúde para o aumento da cobertura vacinal na população menor de um ano no município de Manicoré</b> .....	<b>103</b>
<i>Josely Maria Brandão Colares, Maria Adriana Moreira, Liliane da Silva Soares, Mariles da Silva Bentes, Alexsandro Felix de Oliveira, Sabrina Araújo de Melo, Adriana Lopes Elias.</i>		

<b>07</b>	<b>Atenção Básica no aumento da cobertura de imunização contra Covid-19 em crianças na creche</b> .....	<b>113</b>
<i>Claudina Neiva Araújo de Souza, Vanessa Nogueira da Costa, Ana Paula Azevedo Barbosa, Alcicleia Ramos Sodré, Zuleika Karoline dos Reis Mota.</i>		



- 08** **Desafios e conquistas na atuação da Estratégia de Saúde da Família:** um olhar sobre a implantação da eSFR de Democracia ..... **125**  
*Matheus Breno da Silva Gima, Alex Sandra Lima, Matheus Rego Pinto, Vanessa Colares Magalhães Alves, Maria Adriana Moreira, Júlio César Schweickardt.*
- 09** **A atuação da equipe de saúde ribeirinha no território líquido:** experiências na comunidade de São Sebastião do Cumã ..... **137**  
*Liliane Soares, Valter Pacheco Dias, Alexsandro Felix, Maria Adriana Moreira, Júlio Cesar Schweickardt, Sabrina Araújo de Melo.*
- 10** **Estratégia de saúde da família ribeirinha na estratégia Capananzinho:** implementação e vivências ..... **146**  
*Maria Eduarda Souza Freitas, Clara Guimarães Mota.*
- 11** **A saúde chegou no Monte Santo:** ações de saúde em um território de difícil acesso ..... **159**  
*Lívia de Carvalho Cuadal, Helinaldo Corrêa da Conceição, Fabíola de Lima Campos, Jackline Santos Bentes, Dagilsa Ferreira dos Santos, Itamara Leite Reis.*
- 12** **Cheguei na cidade e daí:** desafios para usuários ribeirinhos em uma Estratégia de Saúde da Família da zona urbana ..... **172**  
*Louyse Maria Ribeiro de Azevedo, Alan Kaique Fernandes, Paulo Van Roy, José Rêgo Floriano, Thalita Renata Oliveira das Neves, Maria Adriana Moreira, Júlio Cesar Schweickardt.*
- 13** **Travessia no território:** a implantação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha do município de Manicoré ..... **182**  
*Mesraim Salef Rocha do Rosário, Maria Adriana Moreira, Manoel Cetauro da Fonseca Júnior, Liliane da Silva Soares, Sabrina Araújo de Melo, Adilson Nascimento de Oliveira.*
- 14** **Saúde bucal do idoso:** reabilitando a fonética, restaurando sorrisos e devolvendo autoestima através de próteses dentárias ..... **197**  
*Sheysa Furtado Mota Bianchin, Antonieta Silva Brasil, Edcarla Pinheiro da Silva, Sandra Rego Santana, Odete de França Vieira, Jucimar do Nascimento Rodrigues.*
- 15** **Procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos realizados na Unidade Básica de Saúde Emile Tássia Abreu Freitas** ..... **208**  
*Helinaldo Corrêa da Conceição, Fabíola de Lima Campos, Lívia de Carvalho Cuadal, Andria Ortiz Medeiros, Josiane Silva de Oliveira, Gabriel Douglas Santana Santos, Maria Adriana Moreira, Tiago Novaes Pinheiro.*
- 16** **Atividade física e saúde para o idoso:** um relato de experiência sobre caminhadas matinais como estratégia de prevenção e promoção da saúde na Atenção Básica .... **225**  
*Silvia Gima Perin, Manuel de Oliveira Gomes Neto, Dayvison das Chagas Cardoso, Milena da Conceição Ferreira.*
- 17** **Promovendo atendimento de saúde aos trabalhadores na rede da atenção básica no município de Manicoré** ..... **235**  
*Mariles Bentes da Silva, Liliane da Silva Soares, Alexsandro Felix de Oliveira, Sabrina Araújo de Melo.*

- 18** **Fisioterapia produzindo mudanças na qualidade de vida da população de Manicoré** ..... **242**  
*Juan Pontes de Oliveira, Vanessa Colares Magalhães Alves, Kelem Oliveira Costa.*
- 19** **Fortalecendo o vínculo entre centro de atenção psicossocial e Unidades Básicas de Saúde no município de Manicoré** ..... **254**  
*Maria Cívita Doce de Moraes, Cláudio Barbosa Ferreira, Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa, Maria Adriana Moreira.*
- 20** **Implantação da telemedicina no município de Manicoré** ..... **262**  
*Talita Carvalho da Silva, Dávila Moita Ponte, Raimunda Nonata Oliveira da Gama, Rosival Eleuterio Vaz, Vanessa Colares Magalhães Alves, Maria Adriana Moreira, Thyago Lennon de Andrade Mota.*
- 21** **Fortalecendo a Atenção Básica: estratégia para potencializar o rastreamento do câncer de colo do útero** ..... **276**  
*Kedison da Silva Monteiro, Avani Cristina Campos, Adriana Moreira, Liliane da Silva Soares, William Pereira Santos.*
- 22** **Busca ativa do câncer de colo de útero na Estratégia de Saúde da Família** ..... **291**  
*Sabrina Rodrigues Campos, Francisco Augusto Nepomucena de Souza Junior, Lara Taniza Gonçalves Ferreira, Iandra Nascimento Paes, Maria Edivane Mota dos Santos, Kedison da Silva Monteiro.*
- 23** **A educação em saúde para o desenvolvimento do trabalho dos ACS e ACE nas ações de vigilância, prevenção e controle da malária** ..... **297**  
*Alexsandro Felix de Oliveira, Cristiano Fernandes da Costa, Maria Adriana Moreira, Vanessa Colares Magalhães Alves, Mariles da Silva Bentes, Liliane da Silva Soares, Maria da Glória Viana dos Santos, Erivan Souza da Costa, William Pereira Santos.*
- 24** **Agentes de saúde e de combate às endemias: trabalho em ato no monitoramento dos casos de Aedes aegypti em Manicoré** ..... **315**  
*Alexsandro Felix de Oliveira, Cristiano Fernandes da Costa, Mariles da Silva Bentes, Liliane da Silva Soares, Marcondes Ferreira Brasil, Paulo Robson Oliveira de Macedo, William Pereira Santos.*
- 25** **O elo transformador: a importância do vínculo entre Agente Comunitário de Saúde e usuário** ..... **326**  
*Valdenice Nascimento de Araújo, Zuleika Karoline dos Reis Mota, Vanessa Colares Magalhães Alves.*
- 26** **O SUS das Práticas Integrativas: auriculoterapia na Atenção Básica no município de Manicoré** ..... **334**  
*Milena da Conceição Ferreira, Sílvia Gima Perin, Dayvison das Chagas Cardoso, Manuel de Oliveira Gomes Neto, Terezinha Lemos Gomes Neta, Lauren Maria Borges Melo.*
- SOBRE AUTORAS E AUTORES** ..... **349**

# Um lugar chamado Manicoré para o mundo todo ver



**Lucio Flávio do Rosário**  
*Prefeito de Manicoré*

**T**enho muito orgulho de apresentar o livro *“Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM”* porque representa muito para um filho da terra, como se diz no interior, nascido na comunidade ribeirinha de Democracia, onde é ponto de partida e chegada da BR 319. Para um político experiente, com vários mandatos como vereador e três vezes como prefeito, é uma satisfação ver um livro que representa o investimento e a ênfase numa saúde de qualidade do município. Ver tantos trabalhadores e trabalhadoras, gerentes e gestores escreverem suas experiências é sinal que acertamos nas decisões, investimentos e no caminho de colocar a saúde como prioridade da gestão.

Importante destacar que o livro fala do nosso lugar, um orgulho para todas as pessoas que nasceram aqui, mas também para todas as pessoas e profissionais que adotaram Manicoré para desenvolver o seu trabalho. Assim, o livro é motivo de orgulho de todas as pessoas envolvidas nas escritas, mas também de todos os manicoreenses que tem o registro das atividades desenvolvidas nos diferentes lugares do município.

O que me impressiona no livro é que os autores e autoras falam a partir as comunidades, dos lagos, estradas, rios, igarapés e dos bairros na cidade. Além disso, temos a fala da gestão ribeirinha, da assistência farmacêutica, da saúde bucal, da imunização, do Centro de Referência de Fisioterapia. Portanto, esta é uma oportunidade para a população conhecer o que tem sido realizado em relação ao cuidado em saúde.

As imagens do livro complementam as palavras porque são os *“retratos”* dos usuários, comunitários, trabalhadores e trabalhadoras, gestores. Mas também retratam as lindas paisagens do nosso município, as estruturas de saúde,

o transporte sanitário e os caminhos percorridos pelos nossos cidadãos e trabalhadores. Nos emociona ver tantas imagens que mostram o lugar dos nossos pais, nossos avós, familiares, amigos e pessoas da comunidade e da cidade.

O livro é, portanto, um modo de nos enxergar, como um espelho que mostra quem somos e o que fazemos. Obviamente não vemos somente coisas boas, pois ainda temos muitos desafios, mas o que vemos nos faz bem e aquece o nosso coração porque é um movimento de tantas pessoas que fortalece a nossa caminhada. Esse é um registro valioso e histórico para que fique como um filme que continua sendo produzido, visto e vivido.

As pessoas e as instituições fazem história em Manicoré, com o esforço de tantas pessoas, mas não tenho como deixar de agradecer o compromisso e empenho da secretária Maria Adriana Moreira, que tem mobilizado a sua equipe para a construção de uma saúde para garantir a qualidade de vida da população.

Ainda temos um agradecimento especial ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, Fiocruz Amazonas, representado pelo pesquisador Dr. Júlio Cesar Schweickardt que tem apoiado diversas ações da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a sua equipe de colaboradores.

Por fim, escrever um livro representa a maturidade de uma gestão porque tem o que contar e mostrar. O livro está sendo lançado para o mundo todo ver o que fazemos num pequeno município, localizado na margem do rio Madeira, interior do estado do Amazonas e parte dessa grande Amazônia. Um pequeno gesto, mas de grande significado para a qualidade de vida manicoreenses.

***Desejo uma boa viagem pelas terras, florestas, estradas, águas de Manicoré!***

# **Escutar o território, dialogar com o território para nele promover saúde**



**Felipe Proença de Oliveira**  
**Secretário de Atenção Primária à Saúde**  
**Ministério da Saúde**

**E**m 2024, se eterniza na história uma experiência colaborativa no livro intitulado: “*Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré-AM*”. Esse livro retrata como o SUS pode chegar para todos, com qualidade e garantindo respeito e partilha entre diversas formas de identidades e singularidades expressas na vida cotidiana dos povos em seu contexto.

Destaque na 17ª Mostra Brasil, aqui tem SUS, promovida pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em 2022, o planejamento participativo em saúde realizado pela Secretaria de Saúde de Manicoré-AM ganha destaque iniciando o livro. Uma trajetória de sucesso, narrada de forma arrebatadora, na qual nos deparamos com uma realidade que pode passar a apresentar melhores condições de vida e saúde a partir de intervenções coletivas pensadas para a comunidade, mas principalmente pensadas com a comunidade.

A narração das experiências e processo de planejar, nos dá a sensação de estarmos quase que presentes nos acontecimentos, cada relato, cada emoção vivenciada pelos personagens reais que compõem suas linhas e entrelinhas sempre no caminho do cuidado. Manicoré se tornam referência por meio deste livro para avançarmos cada vez mais no fortalecimento do planejamento participativo no SUS. Escutar o território, dialogar com o território para nele promover saúde.

Assim como ocorreu em Manicoré e descrito em seus capítulos como resultados desse processo de planejamento, espera-se que experiências dessa natureza possam acarretar mudanças em práticas e nos processos de trabalho das equipes de saúde que tem a possibilidade de escutar os usuários, fortalecer cada vez mais o vínculo por meio da escuta e decisões de cuidado comparti-

lhadas sejam cada vez mais fortalecidos com o Conselho Local de Saúde e que a haja uma perspectiva de ações para o Plano de Educação Permanente em Saúde para os seus trabalhadores.

Precisamos cada vez mais acompanharmos e compartilharmos experiência de sucesso para o cuidado da saúde da população Brasileira em toda a sua extensão e diversidade. Esse livro nos apresenta como, para além de todas as técnicas, tecnologias e métodos - respaldados em referencial teórico que caracteriza esse território de Manicoré como um território líquido apresentando suas dificuldades a serem enfrentadas, mas não barreiras que não possam ser ultrapassadas, há a necessidade urgente de valorização do que temos de mais humano que são nossas relações com outros humanos de forma generosa e prazerosa. Cuidado, atenção, reconhecimento, gratidão.

Ao longo das trezentas páginas, as experiências narradas perpassam pela assistência farmacêutica; traz ações realizadas para ampliação da cobertura vacinal; descreve a ampliação das equipes de Saúde Ribeirinha em comunidades de Manicoré; apresenta as experiências de implantação das equipes de Saúde Bucal e seus resultados com relato das ações realizadas; relata a experiência do grupo de atividade física e a participação dos usuários; apresenta as potencialidades alcançadas por meio dos serviços de telemedicina; historiciza o acesso a serviços de fisioterapia no município; descreve a estratégia de extensão do horário de atendimento utilizada na rede de atenção primária à saúde para que o trabalhador possa ter seu acesso ampliado; apresenta ações de rastreamento e busca ativa do câncer de colo de útero; relata o trabalho de fortalecimento de vínculo dos CAPS e UBS; fortalece a importância dos trabalho dos Agentes de Combate as Endemias e Agentes Comunitários de Saúde para o enfrentamento das condições de doença e adoecimento no território; descreve o ACS como de fato mediador entre a comunidade e a equipe de saúde tendo seu trabalho fundamentado em relações assistenciais e de vínculo.

Gratidão a Manicoré, seus moradores, trabalhadores e conselheiros de saúde que fazem o SUS acontecer todos os dias no seu município e pelos relatos inspiradores. Este livro servirá de inspiração para tantos outros colegas do SUS.

# Livro como construção coletiva da saúde: uma inspiração para continuarmos lutando por um SUS forte



**Hisham Mohamad Hamida**

**Presidente do CONASEMS e Secretário de Saúde de Pirenópolis-GO**

**A** Mostra Brasil, aqui tem SUS, do CONASEMS é a expressão maior do compartilhamento de experiências, onde centenas de profissionais se reúnem para ouvir e falar sobre a dimensão inovadora de cada um dos trabalhos, diante de contextos singulares onde as diretrizes construídas em âmbito nacional vão sendo reinventadas para se adequarem às necessidades territoriais. Em *“Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM”*, adentramos nos corações e mentes da comunidade local, para testemunhar o impacto transformador do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas vidas. Este livro é mais do que uma mera coletânea do resultado da Mostra aqui tem SUS de Manicoré, é um relato envolvente e inspirador sobre como o SUS se tornou não apenas uma instituição de saúde, mas uma força vital nos territórios mais remotos do Brasil.

Manicoré, uma cidade marcada pela riqueza natural da Amazônia, também enfrenta inúmeros obstáculos em saúde pública. No entanto, é aqui que o SUS se ergue como uma estrutura sólida, proporcionando cuidados essenciais e transformando vidas. Por meio de histórias pessoais, experiências compartilhadas e dados tangíveis, este livro revela como o SUS se tornou uma âncora fundamental na vida diária dos moradores de Manicoré.

Explorando desde a atuação dos trabalhadores da saúde nas comunidades mais remotas até a infraestrutura das unidades assistenciais locais, somos levados a uma jornada que ilustra não apenas os desafios, mas também os triunfos do SUS. Descobrimos como o fortalecimento da atenção básica, ordenando e coordenando a rede assistencial, está moldando o amanhã de Manicoré.

Por meio de relatos pessoais, entrevistas emocionantes e fotografias cativantes, este livro nos transporta para o cotidiano de Manicoré, onde o SUS é mais do que um serviço de saúde; é um símbolo de solidariedade e resiliência. Conhecemos os profissionais dedicados que trabalham incansavelmente para garantir que cada indivíduo receba a atenção de que necessita, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica.

Este livro é um testemunho do espírito resiliente e da determinação inabalável da comunidade de Manicoré em face das adversidades. É uma homenagem às vidas tocadas e transformadas pelo SUS e uma ode à esperança de um amanhã mais saudável e justo para todos os brasileiros.

Por fim, **“Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM”**, não é apenas um registro histórico, mas uma inspiração para todos nós continuarmos lutando por um SUS garantido e fortalecido, que verdadeiramente atenda às necessidades de cada indivíduo, em cada canto do nosso país.



# Amanhã será um novo dia com manhãs de mais saúde: promovendo uma gestão do cuidado em Manicoré, Amazonas



**Júlio Cesar Schweickardt**  
**Sônia Maria Lemos**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Vanessa Colares Magalhães Alves**



## INICIANDO COM UMA MANHÃ

**O** que um município do interior da Amazônia, na calha do rio Madeira, tem a dizer sobre gestão do cuidado em saúde? Temos várias respostas a essa pergunta, obviamente ditas por nós que vivemos e trabalhamos no local, ou seja, temos nosso ponto de vista ou nosso ponto de existência, como propõe Muniz Sodré (2023). O poeta Fernando Pessoa diz que nossa visão é de quem mora na aldeia, mas daí podemos enxergar o mundo todo. Da aldeia podemos sim dizer algo sobre a saúde, sobre o cuidado, sobre a política e a gestão. Mais do que isto, podemos falar como trabalhadores e trabalhadoras, como ribeirinhos, como pescadores e extrativistas, pois somos autores e autoras das nossas caminhadas.

A escrita e autoria coletiva tem sido uma estratégia de participação que realizamos há alguns anos no Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, envolvendo diferentes grupos de autores e autoras. Iniciamos com a produção com o tema da Educação Permanente no município de Tefé (Moreira et al., 2019), em seguida realizamos uma escrita com as parceiras tradicionais que teve como estratégia incorporar na “escrita” a oralidade (Schweickardt et al., 2020). O livro “A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM” (Soares et al., 2021)



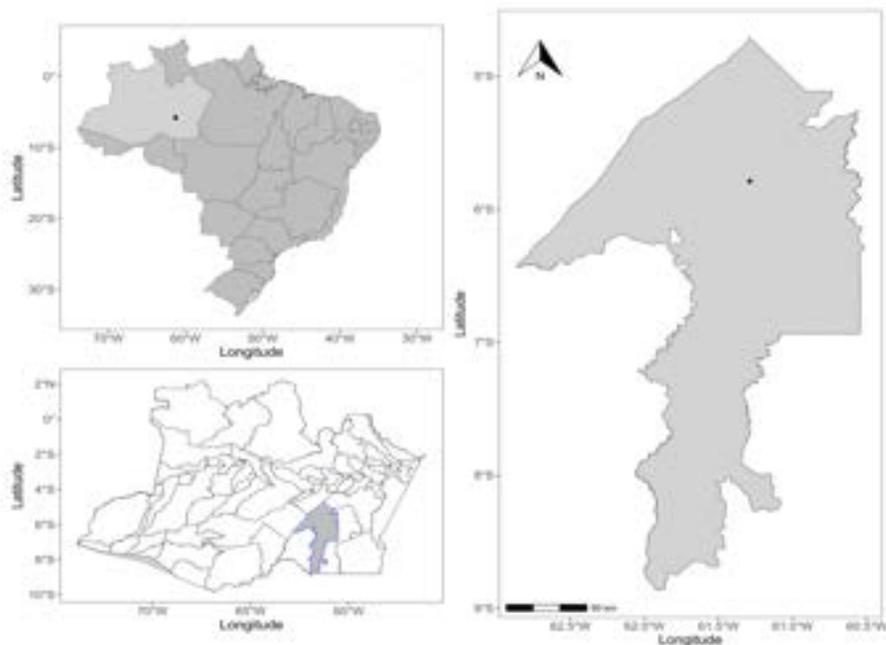
foi produzido a partir de um projeto de pesquisa na região. Ainda dois livros sobre o projeto de pesquisa sobre Covid-19 também tiveram uma perspectiva participativa, com a participação de trabalhadores e gestores da saúde dos municípios amazonenses (Schweickardt *et al.*, 2022a; Schweickardt *et al.*, 2023b). Por fim, um livro que envolveu as experiências das comunidades ribeirinhas, quilombolas e migrantes na discussão das vacinas, que além das escritas foram elaborados dezenas de materiais de comunicação sobre as vacinas (Schweickardt *et al.*, 2024). Cada livro conta uma história, mas todas passam por uma mesma proposta: fazer uma escrita coletiva, participativa e horizontal.

O livro que temos em mãos também tem sua história, pois iniciou com a Mostra “Aqui Tem SUS” no contexto da 17ª Conferência de Saúde, em 2023, com o tema “Garantir direitos, defender o SUS, a vida e a democracia – Amanhã vai ser outro dia!”. Depois da mostra realizamos encontros com os autores e autoras para ir aperfeiçoando a escrita, com sugestões de referências, orientações em relação às normas científicas. Foram muitas idas e vindas, como é o processo de produção do conhecimento, alguns ficaram pelo caminho, mas tivemos muitos que permaneceram e deixaram marcadas as suas experiências nesse livro. Efetivamente, podemos dizer que a escrita foi um processo de educação permanente em saúde porque houve uma reflexão e uma sistematização sobre o fazer no contexto do trabalho, percorrendo diferentes caminhos da gestão até a comunidade ribeirinha mais distantes. O mais importante é que a caminhada da produção foi coletiva, com muitas mãos, vozes, corpos, rostos, imagens e relatos, ou seja, foi um grande mutirão de produção do conhecimento a partir do lugar do trabalho e da gestão nos mais distintos territórios de Manicoré.



## UM LUGAR CHAMADO MANICORÉ

O município de Manicoré está localizado na margem direita do Rio Madeira, que tem as suas águas barrentas ou brancas. A distância da capital Manaus é de 331 km, mas como linha reta é algo imaginário porque os caminhos das águas são tortos e sinuosos, podemos dizer que a distância é de dois dias de barco regional, 12 horas de lancha rápida ou 1 hora de avião. Além do acesso por meio fluvial, é possível utilizar a rodovia de terra BR-174, pela comunidade Democracia para acessar a BR 319, mas durante as chuvas do inverno amazônico a estrada fica intransitável. A população estimada é de 59.225 mil habitantes, distribuídas numa área de 48 282,478 km<sup>2</sup>, tendo, assim, uma densidade demográfica de 1,12 habitante por quilômetro quadrado (IBGE, 2024). Importante destacar que aproximadamente 22.000 habitantes vivem na zona Ribeirinha (Figura 01). O perfil dessa população é de extrativistas, agricultores, assentados rurais, ribeirinhos ou pescadores, além dos indígenas.

**Figura 01:** Informações sobre o município de Manicoré/AM.

**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

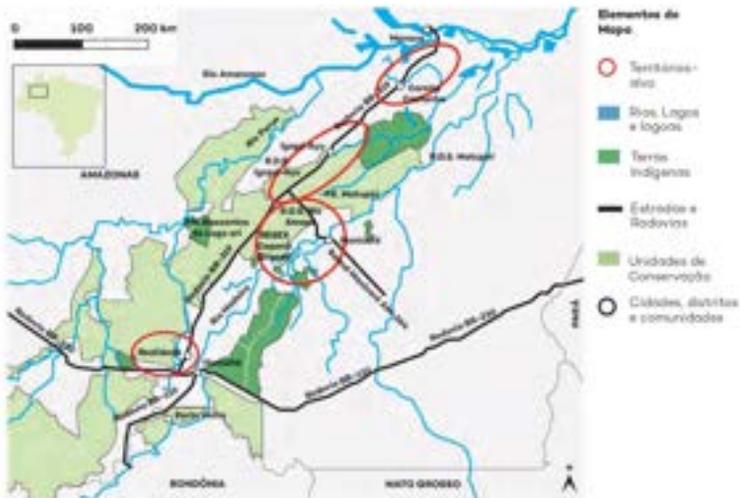
O município iniciou a sua história em 1797, quando o Governador do Grão-Pará fundou a povoação do Crato. A localização era geopolítica porque poderia facilitar o comércio entre o Pará e Mato Grosso, pensando no acesso pelos rios amazônicos. Crato passou a ser Manicoré, quando foi elevada à categoria de cidade em 1896 (IBGE, 2024).

O município possui uma grande diversidade territorial com área ribeirinha, rural, estradas (BR 319 e Transamazônica), reserva extrativista, área indígena. Há uma área indígena homologada do povo Mura, denominada Terra do rio Manicoré, com uma população de 221 pessoas (ISA, 2024). Cabe destacar que Manicoré possui 57,8% (2.793.300 ha) em áreas protegidas e de assentamentos. Há no seu território Unidades de Conservação (UC) e Reservas Extrativistas (RESEX) e Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) que envolve a população e o desenvolvimento de atividades extrativistas (FVG, 2021).

As principais atividades econômicas estão no extrativismo de produtos como castanha, borracha, cacau, açaí, cupuaçu. Nos últimos anos tem se acentuado

a atividade do garimpo no rio Madeira, tendo como consequências questões associadas a esse tipo de extrativismo. É muito comum, visualizarmos balsas de garimpo em algumas épocas do ano que chegam a centenas fazendo ouro. A extração de madeira e da pecuária é outra atividade desenvolvida no Distrito Santo Antônio do Matupi, no sul de Manicoré. “Os primeiros moradores do Matupi chegaram com a abertura da Transamazônica, em 1970. Em 1975, o Inca criou o assentamento Santo Antônio do Matupi, atraindo migrantes, sobretudo do Sul do país. Hoje o distrito possui 12 mil habitantes” (FGV, 2021, p. 46).

**Figura 02:** Questão ambiental no território de Manicoré.



Fonte: FGV, 2021.

## A GESTÃO E O CUIDADO EM SAÚDE

A gestão do cuidado e atenção à saúde é realizada a partir de redes de atenção à saúde por um meio de suporte de infraestrutura e profissionais que compõem as equipes. Os estabelecimentos de saúde são os seguintes: a sede da Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital Regional Dr. Hamilton Cidade com 40 leitos, a Unidade de Vigilância em Saúde e a Unidade de Vigiágua, a Central de Assistência Farmacêutica (CAF), o Centro de Fisioterapia Municipal (CFM), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Lucy Marques Cavalcante. Na Atenção Básica há cinco Unidades Básicas de Saúde na sede do município.

A área ribeirinha possui cinco estabelecimentos de serviços cadastrados: UBS Joaquim de Oliveira Neto localizada na comunidade de Cachoeirinha, UBS Raiza Glória Assem França localizada na comunidade de Barro Alto no rio Manicoré, a UBS Ponta do Campo localizada no lago do Capanã Grande, a UBS José Cardoso da Paixão localizada no Igarapé do Capananzinho. Além dessas ainda está cadastrada a UBS Fluvial que atende diversas comunidades ribeirinhas. No Distrito localizado no Sul há dois estabelecimentos: UBS Santo Antônio do Matupi e UBS José de Jesus Batista dos Santos, localizado na Vila de Maravilha.

Na área ribeirinha há seis equipes da saúde da família ribeirinha (eSFR) cadastradas: Capanzinho, Barro Alto, Verdum, Cachoeirinha, Ponta do Campo, Democracia. A equipe de saúde da família fluvial (eSFF) está cadastrada na comunidade de São Vicente, mas faz o seu percurso em outras comunidades ao longo da calha do Rio Madeira e afluentes. Além dessas ainda há duas equipes eMulti com os seguintes profissionais: fisioterapeuta, assistente social, psicólogo. Ao total há 268 trabalhadores e trabalhadoras da saúde atuando na área ribeirinha de Manicoré, em aproximadamente 230 comunidades.



## AMOSTRAR O CUIDADO NOS TERRITÓRIOS

A I Mostra de Experiências e Boas Práticas da SEMSA aconteceu em março de 2023, quando Manicoré viveu um verdadeiro festival de boas práticas na saúde. A Mostra reuniu profissionais que mostraram como estão transformando a saúde do município. Teve de tudo: apresentações, banners, exposição de fotos, debates e até um espaço para relaxar e trocar ideias na Tenda Paulo Freire. O público se encantou com as histórias de sucesso e os resultados positivos dos trabalhos.

Dos 37 trabalhos inscritos, 4 trabalhos foram premiados e enviados para a Mostra Estadual “*Aqui tem SUS*”, organizada pelo COSEMS/Amazonas. E para celebrar essa conquista, o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia, em parceria com a Editora Rede Unida presenteou a SEMSA com a produção de um livro, quando cada trabalho se transformou em capítulo. O livro estará disponível na Serie Saúde & Amazônia, no site da Editora.

A I Mostra foi um verdadeiro show de talentos da saúde em Manicoré. Um exemplo de como a criatividade, a dedicação e o trabalho em equipe podem fazer a diferença na vida das pessoas. Alguns destaques da I Mostra merecem ser citados, tais como:



- 37 trabalhos inscritos, mostrando a força da saúde em Manicoré;
- 22 apresentações orais e 15 banners, compartilhando experiências e boas práticas;
- Participação da administração pública, servidores da saúde, comunidade e especialistas da Fiocruz;
- Premiação dos 4 melhores trabalhos, reconhecendo o trabalho e a dedicação dos profissionais;
- “*Correio do Afeto*”, um momento de descontração e confraternização;
- Conquista da publicação de um livro com os trabalhos apresentados, eternizando esse momento especial.



## SABERES E FAZERES EM MANICORÉ: O QUE NOS CONTAM OS CAPÍTULOS

Os textos nos mostram a vontade dos trabalhadores e trabalhadoras, gestores e pesquisadores de contar o que fazem, de mostrar o seu território, as pessoas, as suas ações de saúde. Muitos textos terminam com a palavra “satisfação” do trabalho realizado, pelo “bem-feito” à população, pelo serviço desenvolvido e realizado, pelos resultados. Ao final, os relatos são experiências concretas e vêm do território, vêm do trabalho e do cuidado.

O território ribeirinho apareceu com muita potência, expresso na categoria “*território líquido*”, que foi uma invenção dos pesquisadores do Lahpsa para falar sobre a Amazônia, e que aqui ganha sentido no território de Manicoré.

**Do ribeirinho ao urbano na construção do plano municipal de saúde: uma experiência participativa no município de Manicoré.** Os autores nos apresentam a construção do planejamento participativo em saúde, em suas diversas etapas. Partem da historicidade do conceito e das vertentes que o construíram no Brasil e América Latina. Mostram o quanto é permeado de reflexão e práticas coletivas para alcançar sua finalidade, pensar e construir as trilhas e caminhos da saúde em um determinado espaço de tempo, com o envolvimento da população, trabalhadores, gestores e controle social. Descrevem a dinâmica implicada com a produção de saúde comprometida em alcançar todos os territórios do município. Um exercício de cidadania plena, construído desde as pré-conferências, conferências locais até chegar à 4ª

Conferência Municipal de Saúde de Manicoré, cujo tema foi “*Plano Municipal de Saúde: Uma construção participativa*”. O texto traz imagens de todas as etapas realizadas, marca um tempo, constrói a História em tempos de cuidados exigidos pela emergência sanitária de uma pandemia. É potente por evidenciar a participação e construção coletivas na gestão estratégica e participativa do SUS, no interior do Amazonas.

Em “**Retratos**” da saúde ribeirinha pelo olhar da equipe da Unidade Básica de Saúde Fluvial, somos convidados a embarcar na Unidade Básica de Saúde Fluvial Nossa Senhora das Dores, navegar pelo “*território líquido*”, apreciar a exuberância da natureza amazônica e conhecer os modos de vida de suas gentes. As imagens trazidas na apresentação do texto, nos mobilizam de diferentes maneiras ao olhar a produção de saúde em um contexto, muitas vezes adverso e cheio de desafios, mas também de uma riqueza única e incomparável. O contato com as comunidades a cada parada é mais um convite a perceber o real sentido do acolhimento e da amorosidade que devem estar na essência das práticas em saúde. No compartilhar entre usuários e equipe, percorremos a consolidação de um SUS que chega para escutar e cuidar das nossas gentes. A equipe, ao compartilhar as suas dificuldades na construção de uma mostra fotográfica que tornasse possível “olhar” o que ela vê e sente é outro ponto alto do texto. Nos conta das questões que surgiram, na seleção das imagens, do conhecido e do desconhecido dos territórios por ela percorridos. Os autores compartilham seu olhar para que possamos também olhar e perceber o quanto de saúde há nos territórios, mas também o ainda necessário a ser feito para que ela chegue a todas as pessoas. A UBSF é um equipamento de importância ímpar na Amazônia e sua equipe faz a diferença nos territórios, pois vai aonde poucos conseguem chegar. A leitura do texto é um exercício de amorosidade, solidariedade e produção de saúde.

No texto **O SUS fazendo banheiro no território líquido: a implantação de equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial**, nos apresenta a força da relação entre a gestão, trabalhadores e usuários para fazer um SUS forte e implicado com a diminuição das desigualdades e inequidades às quais estão submetidas parcelas significativas da população brasileira. Foi esse compromisso que tornou possível a implantação de equipes de saúde ribeirinha e fez o SUS banheirar o território líquido de Manicoré. O planejamento e o cumprimento de um cronograma intenso de visitas e diálogo com as comunidades ribeirinhas e suas lideranças foram o início de uma extensa agenda até a consolidação do projeto. Desafiada pelo tempo de pandemia, mas não paralisada por ele, a equipe de gestão mobilizou todos os recursos para realização das viagens e levantamento das demandas e necessidades, com



visitas aos polos de referência das comunidades. Encontros para identificar os principais problemas e construir coletivamente as estratégias de enfrentamento. Os autores relatam como a metodologia participativa foi importante para a construção do projeto a ser encaminhado ao Ministério da Saúde para a implantação das eSFR e mudar a cobertura da Atenção Primária em Saúde da zona rural, que era de 11% em 2021 para 100% atualmente.

Em **A estruturação da assistência farmacêutica no município de Manicoré**, é relatada a experiência da implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), no município de Manicoré. No texto, as autoras descrevem aspectos históricos da assistência farmacêutica e como o HÓRUS contribuiu para a organização do trabalho e a dispensação de medicamentos no município. Assinalam as dificuldades impostas pela baixa conectividade de internet e os efeitos que têm na realização do trabalho, especialmente na área ribeirinha. Por outro lado, mostram como o uso regular do sistema e o cumprimento de todos os requisitos fizeram com que o município fosse contemplado com o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Com a sua implantação foi possível aprimorar as atividades da assistência farmacêutica com vistas a atender os princípios e diretrizes do programa. Relatam também a importância da atenção da gestão aos recursos e investimentos em estrutura física e equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Concluem com uma sugestão ao Ministério da Saúde de que o Sistema seja aprimorado para funcionar em plataforma off line, com atualização em lote, para atender as regiões de difícil acesso.

O texto, **Estratégias das equipes de saúde para o aumento da cobertura vacinal na população menor de um ano no município de Manicoré**, traz uma reflexão sobre como o município sofreu o efeito das fake news e movimento antivacina, na sua cobertura vacinal, em crianças menores de um ano. Em 2021 a cobertura chegou a 24%. Diante desse cenário, a equipe do PNI adotou uma série de estratégias para sensibilizar os pais e a população em geral. Também desenvolveu ações para qualificar os trabalhadores da saúde com a finalidade de ampliar a capacidade de vacinação. Dentre as estratégias para aumentar a cobertura vacinal, a porta a porta se mostrou bastante efetiva, pois diminuiu a distância entre os serviços de saúde e a população, em uma busca ativa, indivíduo a indivíduo. As estratégias e ações desenvolvidas promoveram melhoria na cobertura já em 2022, quando chegou a 76%. As autoras descrevem como a continuidade das ações resultou na cobertura de 81%, em 2023. Pontuam que é um conjunto de fatores e o envolvimento de equipe do PNI e equipes de saúde, melhoria dos registros no sistema de informação, e atuação per-

manente junto à população que gerou os resultados positivos ao longo dos dois últimos anos. Relatam a importância do Projeto Amazônia Solidária para melhoria e fortalecimento das ações para aumento da cobertura vacinal em comunidades ribeirinhas. Concluem sinalizando a importância da Ciência e da reunião das instituições públicas com os setores da sociedade e a população para que o compromisso coletivo, que envolve a vacinação, seja realizado como benefício a todas as pessoas.

Em **Atenção Básica no aumento da cobertura de imunização contra Covid-19 em crianças na creche**, as autoras apresentam uma retrospectiva de como a pandemia chegou e os desafios trazidos por ela para os países, estados e municípios. Relatam como a pandemia afetou o estado do Amazonas e os efeitos da negação e das fake news, na cobertura vacinal e resistência na vacinação de Covid-19 em crianças de 3 a 5 anos. O texto descreve as preocupações e as estratégias para atendimento das orientações do Ministério da Saúde para a vacinação das crianças nessa faixa etária. Em reuniões de equipe foram expostas as preocupações e busca de soluções resultou na escolha de atuação na creche, como busca ativa e desenvolvimento de ações de educação e saúde. Relatam a experiência da atuação dos profissionais da UBS João Pereira de Oliveira na Creche Mãe Carminha, que foi precedida por um levantamento do quantitativo de crianças não imunizadas. Em uma ação conjunta foram mobilizados os esforços necessários, e realizada a comunicação com os responsáveis. Em um dia específico a ação iniciou com atividades de educação em saúde, onde pais e trabalhadores de saúde compartilharam experiências em roda de conversa. Relatam as dificuldades para desfazer as fake news e conseguir a adesão dos pais e responsáveis para efetivar a ação de vacinar as crianças. Concluem o texto falando da satisfação observada nos pais, por terem imunizados seus filhos. A experiência mostrou o quanto as ações educativas podem promover o cuidado em saúde, quando as pessoas entendem a necessidade de proteção contra a Covid-19 e a importância da vacinação.

**Desafios e conquistas na atuação da Estratégia de Saúde da Família: um olhar sobre a implantação da eSFR de Democracia.** O texto relata a experiência da equipe de saúde na implantação da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha na comunidade de Democracia. Os autores relatam a política e a sua importância para as comunidades de difícil acesso e como o polo se constituiu no elo entre os serviços de saúde e os usuários. Apresentam as dificuldades e os desafios nos estabelecimentos das relações de trabalho e interpessoais quando da formação da equipe. Descrevem como o ciclo das águas afeta o modo de vida dos comunitários e a forma como o cuidado em saúde é realizado pela equipe. As especificidades dos percursos na seca e na cheia e os desafios enfrentados para levar os serviços às 23 comunidades, assistidas pelo polo. As distâncias

percorridas e a relação com a sede do município. As relações dos usuários com a equipe, o compartilhamento com outros modos de cuidar em saúde, específicos das comunidades e suas relações com os saberes tradicionais. Um convite a conhecer modos de vida e de cuidar em saúde no contexto amazônico.

**A atuação da equipe de saúde ribeirinha no território líquido: experiências na comunidade de São Sebastião do Cumã.** O texto apresenta a importância do rio na vida dos ribeirinhos e como ele está imbricado no cotidiano do território. Os autores relatam a importância da estratégia de saúde da família ribeirinha para o acesso aos serviços básicos de saúde. A experiência é contada e ilustrada com imagens desse cotidiano e das ações realizadas pela equipe de saúde. O ciclo das águas é um aspecto de destaque pelos autores, quando descrevem suas atividades no território líquido, que nem sempre é o coberto pelas águas, mas onde a vida pulsa e encontra um modo de produzir um cotidiano possível. O texto também apresenta as relações com as outras comunidades, algumas mais distantes e que se mostram mais desafiadoras para o acesso ao cuidado em saúde. Como a equipe faz o deslocamento, os tipos de barco, de motor e as relações que são estabelecidas com os comunitários para a realização do trabalho. Mostram a diversidade dos lugares e de suas gentes, bem como vivenciam esse território líquido tão único e cheio de possibilidades.

No texto, **Estratégia de saúde da família ribeirinha na estratégia Capanazinho: implementação e vivências**, as autoras descrevem a sua vivência como membros da equipe como experimentam e aprendem como pessoas no trabalho que realizam. Apresentam e descrevem a função de cada membro da equipe e sua importância para o cuidado em saúde da população e na equipe. Convidam a pensar o diálogo com outros modos de cuidar, por meio de práticas realizadas por outros saberes, rezadores, puxadores, benzedeiros, parteiras, muito respeitados e referências em saúde nas comunidades. Contam sobre o trabalho que realizam e os desafios e potências do território, como o da Comunidade Nazaré que dista, segundo as autoras, “*uma hora em um motor 40Hp da zona urbana da cidade de Manicoré*”, em menção a como as distâncias são medidas na Amazônia não em Km, mas em tempo, citando Schweickardt (2019). Descrevem o cotidiano do trabalho em equipe em articulação com o ritmo da vida no território e a mudança no acesso aos serviços de saúde após a chegada da eSFR, implementada em 2022. Em um texto instigante, convidam o leitor a vivenciar a experiência descrita em suas especificidades, respeitando as diferenças e os modos de lidar com o cotidiano de produzir saúde em comunidades ribeirinhas, onde o ritmo da vida e tempo são peculiares. Relatam as interrelações que ocorrem com a entrada e a saída das equipes nos intervalos de 15 dias. As estratégias, construídas coletivamente

para que o acesso seja garantido e o cuidado realizado em sua integralidade. Também demonstram a importância da equipe E-multi e a presença da Psicologia para o SUS, em especial na Atenção Básica. O texto ainda reitera o vínculo como um dos elos mais importantes da relação equipe-comunidade e fortalecido no cotidiano do território, inclusive quando o horário de trabalho foi cumprido e a vida se espalha em outros espaços de convivência.

**A saúde chegou no Monte Santo: ações de saúde em um território de difícil acesso.** O texto relata a experiência de uma equipe da Unidade Básica de Saúde Emile Tássia Abreu de Freitas, em uma comunidade rural no município de Manicoré. Os autores apresentam as características da comunidade e discorrem sobre como a questão logística pode se constituir em uma barreira de acesso aos serviços básicos de saúde. O acesso à comunidade é terrestre e dista 17 km da sede do município, mas no período das chuvas na Amazônia, o percurso pode ser bastante difícil, por vezes impossibilita o acesso à comunidade por esta via, por falta de pavimentação da estrada. O texto descreve as ações realizadas e como são percebidas pelos comunitários. É um convite para percorrer a comunidade na trilha da equipe em atuação, experimentando o cotidiano de atividades desenvolvidas e as estratégias da comunidade para acessar os serviços.

Por sua vez, o texto **Cheguei na cidade e daí: desafios para usuários ribeirinhos em uma Estratégia de Saúde da Família da zona urbana**, nos convida a pensar sobre o acesso à saúde e os desafios quando ele não acontece na área de residência do usuário. Antes da implantação das eSFR, as ações nas comunidades eram em formato “*campanhista*”, portanto havia a necessidade de acessar serviços básicos em UBS na zona urbana. Uma estratégia da população ribeirinha é alinhar a data de recebimento ou de alguma atividade na sede do município para acessar os serviços de saúde. No texto, os autores relatam as especificidades desse acesso e as estratégias da equipe para o acompanhamento da situação de saúde da população ribeirinha. Apresentam as ações de educação em saúde e o acolhimento à população ribeirinha quando busca a Unidade Básica de Saúde na zona urbana. É um convite à reflexão sobre o contexto amazônico, suas especificidades e a necessidade de políticas públicas que respeitem esse território.

Em **Travessia no território: a implantação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha do município de Manicoré**, a experiência relatada traz para o contexto ribeirinho a implantação das equipes de saúde bucal. O texto apresenta a saúde bucal como um direito social e as implicações para a implantação da política no território brasileiro. Aspectos históricos

e a contextualização são pontos relevantes assinalados pelos autores. Somos convidados a percorrer o território em um movimento para promover acesso em abordagem integral e interdisciplinar. Para os autores, na área ribeirinha, *“a geografia, a infraestrutura limitada e o isolamento geográfico demandam abordagens adaptadas e estratégias específicas para garantir o acesso aos serviços odontológicos”*. Relatam as estratégias utilizadas no planejamento e na implantação das equipes de saúde bucal com a finalidade de alcançar uma população até então privada desse acesso de maneira eficiente e eficaz. No entanto, as dificuldades na falta de estrutura adequada, desafiam as equipes na realização do trabalho, que encontram nas parcerias com a comunidade e no coletivo estratégias de superação. Ressaltam as ações de prevenção e promoção da saúde bucal como fundamentais para a saúde integral. E ainda, reafirmam o compromisso da gestão na busca dos recursos, equipamentos e insumos para a implantação das equipes.

No texto, **Saúde bucal do idoso: reabilitando a fonética, restaurando sorrisos e devolvendo autoestima através de próteses dentárias**, é apresentado o relato de experiência da equipe de saúde bucal da UBS Mãe Laurinda. O olhar atento da equipe na percepção das necessidades dos usuários é um ponto forte do texto. Pessoas com várias ausências dentárias, queixas de dificuldades fonéticas e da função mastigatório estimulou a equipe a pensar uma maneira de solucionar os casos. Em parceria com os ACS foi realizada busca ativa e avaliação dos casos para reabilitação oral. Relatam as dificuldades encontradas e as superações realizadas, uma vez que as próteses são feitas em um laboratório em Manaus. Essa foi uma das justificativas observadas pela equipe para que os usuários não tivessem resolvido os problemas antes. O processo foi muito gratificante para os usuários e a equipe, pois os resultados foram excelentes. Relatam a satisfação de devolver o sorriso e a melhoria da qualidade de vida como uma das recompensas pelo trabalho realizado. Da mesma forma, relatam a satisfação dos usuários com o resultado. O trabalho mostrou a promoção do acesso e a resolutividade do SUS na atenção básica de maneira plena e com continuidade do acompanhamento pelo serviço de saúde. Concluem sinalizando que ainda há muito o que fazer na reabilitação oral, mas a experiência foi exitosa e mostrou o quanto é possível realizar com o apoio da equipe e da gestão na viabilização dos recursos necessários.

Em **Procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos realizados na Unidade Básica de Saúde Emile Tássia Abreu Freitas**, os autores fazem uma revisão sobre algumas categorias de enfermidades em saúde bucal e explicam a necessidade e importância do exame clínico para detectar as lesões carac-

terísticas desses agravos. O texto relata a experiência realizada na UBS- Emile Tássia Abreu Freitas com procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos, no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2023. São apresentadas as lesões encontradas, por meio de exames clínicos minuciosos, identificadas e avaliadas na perspectiva da integralidade e equidade. São relatados os procedimentos tanto diagnósticos quanto cirúrgicos e os resultados. É possível verificar uma atuação comprometida com os princípios do SUS e para além dos procedimentos comumente realizados na atenção básica. Uma equipe que buscou aprofundar conhecimentos e dar maior resolutividade a problemas de saúde bucal e restaurar a autoestima dos usuários. A humanização é um dos aspectos relevantes na atuação da equipe, pois foi a facilitadora dos vínculos necessários para a realização dos procedimentos. Para os autores, *“trazer o sorriso de volta ao rosto de uma pessoa é constituinte de melhoria da qualidade de vida dela, e dos que estão à volta dela também. O olhar sensível e comprometido dos profissionais da Atenção Básica por certo realiza profundas mudanças na vida dos usuários”*.

No texto, **Atividade física e saúde para o idoso: um relato de experiência sobre caminhadas matinais como estratégia de prevenção e promoção da saúde na Atenção Básica**, as autoras abordam a importância da atividade física na saúde dos idosos. A ação foi desenvolvida pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF e teve como objetivo ofertar atividades físicas para a melhoria da qualidade de vida de pessoas acima de 60 anos. Relatam atividades diárias com foco na promoção da saúde dessa população e abrangem usuários de 5 UBS. As atividades são acompanhadas pela equipe do NASF em uma perspectiva interdisciplinar e são realizadas por um educador físico. Participam das atividades idosos que possuem, em sua maioria, diagnóstico de hipertensão controlada e diabéticos. Relatam a importância do vínculo e da empatia para a realização e continuidade das atividades. Também contam que o projeto fez uma pausa durante a pandemia de Covid-19 e dos esforços realizados para superar as dificuldades na retomada das atividades. O projeto tem um planejamento e um cronograma que contempla as 5 UBS e o público-alvo. Como resultados são relatados o controle da hipertensão e diabetes, dos participantes das atividades.

Em **Promovendo atendimento de saúde aos trabalhadores na rede da atenção básica no município de Manicoré**, são apresentadas estratégias para promover acesso aos serviços de saúde para trabalhadores, que por conta do horário de trabalho, não conseguem chegar nas unidades básicas de saúde. As autoras relatam que o objetivo do trabalho foi promover acesso por meio da oferta dirigida aos trabalhadores, por meio do horário nas

UBS, ajustada à disponibilidade e agendamento da demanda espontânea. Foi desenvolvida uma ação entre a vigilância em saúde e a atenção básica que identificou 1.181 trabalhadores, cadastrados no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) residentes nas áreas de abrangência das UBS. A finalidade era desenvolver uma ação para diminuir a lacuna de atendimento aos trabalhadores. Participaram as 5 equipes da estratégia de saúde da família da zona urbana que receberam os usuários cadastrados na sua área de residência, no horário das 18:00 às 21:00 horas, com oferta dos vários serviços, medicina, enfermagem e odontologia. O planejamento dos serviços e a agenda foram organizados para atender as necessidades desses usuários. Os resultados foram tão significativos que a equipe resolveu ampliar a ação por 30 dias. O texto ressalta o acesso e a equidade como fundamentais para o SUS cumprir seu propósito, portanto gestão e equipes devem realizar ações estratégicas para alcançar o direito constitucional à saúde. Por fim, relatam o quanto foi enriquecedora a experiência e a aprendizagem.

**Fisioterapia produzindo mudanças na qualidade de vida da população de Manicoré.** O texto aborda a atuação dos fisioterapeutas no Centro Municipal de Fisioterapia (CMF). Relata as experiências no cotidiano dos atendimentos para a manutenção e restabelecimento da funcionalidade dos usuários. As autoras fazem a descrição da implantação dos serviços de fisioterapia no município, até a construção e funcionamento da nova estrutura do Centro Municipal de Fisioterapia. Também estão presentes no texto as percepções e depoimentos de usuários sobre os serviços ofertados. É possível identificar a importância do trabalho realizado e a resolutividade nos casos apresentados. Relatam a atuação durante a pandemia de Covid-19, na unidade hospitalar e os desafios de cuidar dos e de si mesmos, para evitar a propagação da doença. Com a diminuição na incidência de casos de Covid-19, resultante da vacinação, a rotina das atividades foi sendo retomada no CMF. Os atendimentos realizados devolvem autoestima, confiança e fazem com que usuários retomem suas atividades cotidianas. De acordo com as autoras, esse é o papel do fisioterapeuta, que está muito além de só recuperar movimentos, “ajudamos esses usuários a voltar a sonhar e enfrentar suas limitações, devolvendo a funcionalidade a essas pessoas que muitas vezes estavam desacreditadas”. Os depoimentos dos usuários estão permeados de afetos e agradecimentos.

Em **Fortalecendo o vínculo entre Centro de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde no município de Manicoré**, as autoras relatam a experiência de fortalecimento entre o CAPS e as UBS por meio de ações compartilhadas no cuidado em saúde mental. Trazem para o texto a contex-

tualização do início das ações e o modo como foram construídas. A iniciativa do CAPS nessa aproximação teve o objetivo de estimular e estreitar o vínculo com as UBS. No texto são descritas reuniões com agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos para apresentação dos serviços do CAPS, também informar como se dá o fluxo dos atendimentos e da necessidade de os encaminhamentos em saúde mental passarem por ele, antes de serem encaminhados para a rede especializada fora do município. O texto também discorre sobre as parcerias do CAPS com a premissa do matriciamento, importante ferramenta no cuidado em saúde mental nos territórios. Os resultados mostram que o matriciamento tem melhorado os vínculos entre usuário - familiares e equipe - familiares, incidindo na diminuição dos casos de urgência e emergência. De acordo com as autoras *“o processo de trabalho entre CAPS e UBS está se aprimorando, integrando cada vez mais os serviços e os cuidados em saúde mental”*.

O texto, **Implantação da telemedicina no município de Manicoré**, apresenta aspectos históricos da telemedicina no Brasil, bem como descreve suas potencialidades e limitações para alcançar os casos de municípios com falta de profissionais especializados. As autoras descrevem a implantação da telemedicina no município de Manicoré, trazendo para a discussão as dificuldades encontradas para seu uso pleno, como a instabilidade na conexão de internet. Os encaminhamentos são realizados pelos médicos das UBS e as consultas são agendadas e acompanhadas pelo médico auxiliar, responsável pelo programa, em uma sala adaptada para esta finalidade, na UBS Lourival Dias de Souza. O texto traz a dinâmica do programa e mostra os resultados desde sua implantação. A telemedicina é um recurso que possibilita acessar as especialidades, não existentes no município, com grande grau de resolutividade. De acordo com as autoras, o programa tem sido uma experiência exitosa e promete melhorar o acesso às especialidades, reduzindo o tempo de espera para uma consulta com especialistas. Também abordam os efeitos nos usuários que não precisam se deslocar para outros municípios e/ou para a capital.

O texto, **Fortalecendo a Atenção Básica: estratégia para potencializar o rastreamento do câncer de colo do útero**, descreve o levantamento do número de exames citopatológicos alterados, atendidos na atenção básica, no período entre 2012 e 2022, no município de Manicoré. Também foi consultado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/MS). Os dados foram codificados e sistematizados e estão apresentados em gráficos ao longo do texto. Os autores relatam a importância do diagnóstico precoce para as medidas e procedimentos necessários à intervenção. Afirmam que o trabalho foi possível em função da contratação de uma médica ginecologista, bem

como aquisição de equipamentos para a execução dos procedimentos da atenção secundária no âmbito da atenção primária. A organização do trabalho também foi um aspecto que contribuiu para a realização dos exames. Com essa estrutura somente são encaminhados para Manaus os casos de câncer ou outros que demandam atenção especializada. As mudanças realizadas no processo de trabalho deram celeridade e fomentaram a melhoria na linha de cuidado para os casos de câncer de colo de útero.

O texto, **Busca ativa do câncer de colo de útero na Estratégia de Saúde da Família**, relata a experiência vivenciada no rastreamento do câncer de colo de útero, por uma equipe da eSF. O levantamento dos dados se deu por meio da revisão dos prontuários, de usuárias com exames citopatológicos alterados, atendidas entre 2021 e 2022, pela médica ginecologista. Também foram realizadas ações com os ACS para a busca ativa, nas suas áreas de abrangência, com mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Também compuseram as estratégias, reuniões da equipe e rodas de conversa com o médico, enfermeira e ACS para orientações de como proceder na busca e orientar as usuárias para a realização dos exames e visitas da equipe. Ressaltam, as autoras, que as reuniões e a busca ativa acontecem periodicamente. O relato sinaliza que foram encontradas dificuldades para o rastreio, relacionadas ao desconhecimento sobre o exame, falta de conhecimento sobre a importância da sua realização e ao preconceito com relação à doença e ao exame. De acordo com as autoras “em algumas famílias, nenhuma mulher jamais ouviu falar ou nunca quis realizar o exame preventivo”. No entanto, a busca ativa se mostrou uma estratégia bastante eficaz e produziu efeitos importantes para os cuidados da saúde da população, pois aumentou em 20% o número de coletas do exame Papanicolau.

### **A educação em saúde para o desenvolvimento do trabalho de controle da malária dos agentes comunitários e agentes de combate às endemias.**

No texto, os autores conduzem o leitor a importância da educação em saúde no trabalho do Agente Comunitário e o Agente de Combate às Endemias. O estudo de caso realizado em Santo Antônio do Matupi, evidencia os resultados da integração entre a vigilância em saúde e atenção básica, por meio da atuação conjunta de seus dois protagonistas. As ações compartilhadas permitiram identificar e agir para a melhoria do trabalho. Com estratégias para qualificar o processo de trabalho, por meio de oficinas de formação e participação coletiva, de maneira compartilhada orientar a comunidade. O texto apresenta como a educação em saúde pode contribuir na formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) nas ações de controle da malária no distrito de Santo Antônio do Matupi, desde a formação teórica à prática no cotidiano do território.

No texto, **Agentes de combate às endemias: trabalho em ato no monitoramento dos casos de aedes aegypti em Manicoré**, os autores fazem um relato da experiência no monitoramento do aedes aegypti em bairros no centro do município para identificar focos de proliferação de larvas do agente transmissor de várias doenças. Quando citam o trabalho em ato, se referem a todas as dimensões que envolvem estar no território. No texto descrevem a revisão de literatura sobre o vetor e sua potencialidade de transmissão. Também relatam o importante papel do agente de endemias no monitoramento e diminuição dos focos de reprodução de larvas do mosquito. Para os autores *“atuar na vigilância em saúde do município requer um trabalho integrado com a Atenção Básica em busca de resultados mais favoráveis, melhorando os indicadores em saúde”*.

**O elo transformador: a importância do vínculo entre Agente Comunitário de Saúde e usuária.** No texto, as autoras relatam a importância do Agente Comunitário de Saúde para o vínculo entre o usuário e o SUS. Protagonista nas relações de trabalho, é o facilitador da interação com os serviços e os demais saberes em saúde, presentes na comunidade. Posição que por vezes pode gerar controvérsias ou contradições, pois nem sempre os diálogos são capazes de vencer as delimitações trazidas pela formação biomédica dos profissionais de saúde. No relato das autoras fica evidente como o ACS pode ser um transformador da relação dos usuários com a equipe e os serviços de saúde. Com conhecimento da comunidade, pois vivencia o cotidiano da vida que nela se produz, capacidade de observar e escutar, traz para a equipe as demandas e necessidades dos usuários a cada dia de trabalho. As autoras, destacam a importância do vínculo entre o ACS e usuário para fortalecer a relação com a equipe e os serviços de saúde. No depoimento da usuária está evidenciado como o olhar atento e a escuta qualificada da ACS foi fundamental para que a percepção sobre os serviços fosse transformada, a informação assimilada, resultando em uma nova possibilidade de relação com o SUS, com benefícios à saúde da usuária. Concluem que *“o trabalho do ACS contribui para a ampliação da resolutividade da APS. O olhar cuidadoso e o conhecimento do território que possibilitam estreitar os laços entre usuários e equipe de saúde”*.

No último capítulo, **O SUS das Práticas Integrativas: auriculoterapia na Atenção Básica no município de Manicoré**, as autoras discorrem sobre a importância da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) para o SUS. Dentre as PICS, escolheram fazer um relato de experiência sobre a auriculoterapia. Trazem o conceito e a sua aplicabilidade na Atenção Básica. O texto apresenta, o marco teórico e as normativas do Ministério da Saúde que autorizam e orientam a prática no

SUS. As autoras relatam que a prática da auriculoterapia é recente nos serviços de saúde do município, mas já mostra bons resultados em usuários com dores crônicas e diminuição da necessidade de analgésicos. Chamam a atenção para o fato de que há um procedimento interdisciplinar e discutido na equipe. Relatam a formação realizada no município, direcionada às equipes de saúde com a adesão dos profissionais. Foi construído um projeto para ampliar as opções de cuidados em saúde e apresentado à secretaria de saúde em 2022. Iniciou em uma UBS e depois expandiu para as demais, inclusive para as eSFR. Tanto usuários quanto trabalhadores têm sido beneficiados com auriculoterapia. Os resultados positivos estimularam a gestão a investir na implantação das PICS no Município.



## ESPERANÇAR SEMPRE...

Paulo Freire nos ensinou o verbo esperar, pois não podemos ficar numa posição passiva diante da realidade e do mundo, por isso, agirmos para imprimir novos amanhãs para transformar realidades, tornando as ausências em presenças. O amanhã é o devir, algo que não sabemos como será, mas podemos antever com o que fazemos hoje, com os planos, a gestão, com a formação, com os projetos que nos levam a esperar. O amanhã se faz no presente, com os pés no chão, com os sapatos remendados, com as lágrimas nos olhos, com a voz potente, com a escuta, com as rodas de conversa, com uma atenção humanizada e um cuidado acolhedor.

Esperançamos porque o *“inédito viável”* se faz a cada dia, em cada gesto e ação, como a foto da capa deste livro, do enfermeiro Rodrigo Tuleman, que somente mostra duas mãos, com diferentes idades e raças, com histórias que se cruzam no cuidado. Portanto, não é de qualquer cuidado que estamos falando, mas daquele que se senta junto com a pessoa e estende as mãos para tocar e acolher.

A I Mostra foi um marco na história da saúde de Manicoré. Um evento que inspirou, motivou e deu visibilidade ao trabalho de tantos profissionais que dedicam seus dias a cuidar da saúde da população. Por fim, um convite à leitura que significa uma abertura para conhecermos Manicoré, seu território, suas gentes, seus trabalhadores e trabalhadoras, e seus gestores e coordenadores:

**Figura 03:** Manicoré - Amazonas.



Fonte: Agência Ed. Produções, 2023.

*Em nosso cenário de atuação,  
Há uma terra de coração vasto e generoso.  
Nesse lugar, a cultura floresce,  
O esporte e o lazer têm seu espaço,  
Assim como a agricultura,  
Um espetáculo para os olhos contemplar.*

*Conhecida como a terra da melancia,  
Um dia, abraçou o boi-bumbá,  
Com todos os seus encantos,  
O festival de quadrilhas veio para reinar.*

*Também conhecida como a princesa do Madeira,  
Célebre por suas cachoeiras no Alto Rio Manicoré,  
Terra de gente acolhedora e hospitaleira  
Sejam bem-vindos, essa é nossa Manicoré.*



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos trabalhadores e trabalhadoras, aos coordenadores, aos usuários, aos revisores, aos autores e autoras que se mobilizaram para as escritas.

Agradecemos ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazô-

nia (LAHPSA) e seus pesquisadores que acompanham a gestão no município e que estiveram presentes desde a Mostra Municipal quando a ideia do livro se gestou.

Agradecimentos ao prefeito Lúcio que apoiou as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde e tem sido um entusiasta em relação à essa produção.

Enfim, agradecemos a tantas pessoas que se somaram nesse trabalho de escrita coletiva e participativa.



## REFERÊNCIAS

- FGV. (2021). **Agenda de desenvolvimento territorial para a região da BR-319: fortalecendo territórios de bem viver**. Centro de Estudos em Sustentabilidade da Fundação Getulio Vargas - São Paulo : FGVces.
- IBGE (2024). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/historico>. Acesso em: 01 de abril de 2024.
- ISA. (2024). Instituto Socioambiental. **Terras indígenas**. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/4092>. Acessado em: 01 de abril de 2024.
- Moreira, A. Figueiró, R.; Ferla, A.A.; Schweickardt, J.C. (Orgs.). (2019). **Educação Permanente em Saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro**. Porto Alegre: Rede Unida.
- Schweickardt, J. C., Sousa, M. J. S., Nascimento, A. C. S., Gomes, M. D. M., Moraes, T. S.. **Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. <https://editora.redeunida.org.br/project/parteiras-tradicionais-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude/>
- Schweickardt, J. C, Ferla, A. A., Guedes T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M., Lemos, S. M., & Reis, A. E. S. (2022b). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9.
- Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N., & Reis, A. E. S. (2022a) **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de**

**uma pesquisa em ato.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. N., Santos, G. R. S., Elias, A. L., Carsoso, V. R., & Freitas, J. M. B.. **Amazônia solidária: educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos.**– 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. 353 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 28).

Soares, E. P., Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. N., Reis, A. E. S., & Freitas, J. M. B.. **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM.** Porto Alegre: Rede Unida, 2021. Disponível: <https://editora.redeunida.org.br/project/a-arte-do-cuidado-em-saude-no-territorio-liquido-conhecimentos-compartilhados-no-baixo-rio-amazonas-am/>

Sodré, M. (2023). **O Fascismo da Cor: uma radiografia do racismo nacional.** Petrópolis: Vozes.



# Do ribeirão ao urbano na construção do plano municipal de saúde: uma experiência participativa no município de Manicoré



**Manoel Cetauro da Fonseca Júnior**  
**Kedison da Silva Monteiro**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Thalita Renata das Guedes Neves**  
**Júlio Cesar Schweickardt**



## PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ÂMBITO DO SUS

O planejamento participativo em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve a reflexão e uma prática coletiva de todas as pessoas, seja trabalhadores e trabalhadoras, usuários, controle social e gestores. O exercício do planejamento participativo parte do pressuposto de que todos somos gestores do sistema de saúde, ou seja, todos temos responsabilidade com o que denominamos de “coisa pública”. Assim, escutar as demandas da população e dos trabalhadores sobre as necessidades de saúde é uma forma de dar respostas efetivas para os problemas reais que acontecem nos territórios (Vianna, 2013).

No campo da Saúde Pública latino-americana, o planejamento passou por uma mudança a partir do final dos anos 1970, quando foi criticado uma centralidade nos aspectos econômicos. A partir desse momento, passou a configurar o Planejamento Estratégico, principalmente pela contribuição do sanitarista argentino Mario Testa e do economista chileno Carlos Matus, “que consideraram

a necessidade de planejar em contextos de conflitos ou colaborações entre os agentes, o que começava a ser viável na conjuntura de declínio dos regimes de exceção na América Latina” (Furtado, Sousa, Oda, & Onocko-Campos, 2018, p. 2).

Na década de 1990, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde, surgiram novos mecanismos de participação social e de inclusão dos atores na elaboração das políticas públicas, institucionalizando o lugar do controle social na gestão pública. Nem sempre os conselhos conseguiram ter o papel de negociação e de condução estratégico das políticas públicas (Abreu, Melo & Silveira, 2018). Portanto, realizar um planejamento participativo significa envolver outros atores que normalmente estão fora do processo de participação e controle social.

O planejamento é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. As responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo estão definidas a partir da relação com a população do território e quanto à integração na organização do sistema de saúde. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho (Brasil, 2016).

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde (Brasil, 2016).

No âmbito do SUS, resgatar ou construir a cultura de planejamento é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio. Atestam esse avanço o mencionado interesse e reconhecimento do planejamento para a gestão, de que é exemplo a significativa demanda por informações a respeito. A consolidação de uma cultura de planejamento é um enorme desafio porque envolve uma cultura de participação política. Afinal, envolve tanto postura individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais (Brasil, 2009).

O planejamento se caracteriza por ser uma ferramenta e, ao mesmo tempo, um método que pretende fundamentalmente tornar realizáveis sonhos que refletem desejos quer individuais ou coletivos, quer por segmentos sociais, organizações ou nações. Não existe um modo único de planejar. A atividade social de planejar almeja, portanto, viabilizar ações rumo ao futuro desejado, de uma forma que se contraponha à tentadora facilidade de se fazer, só e improvisada-

mente, aquilo que diz respeito a toda uma coletividade. O planejamento foge também daquela ideia simplista de ser preciso fazer primeiro para somente depois examinar o que foi feito experimentalmente (Brasil, 2011).

Nesse sentido, este relato apresenta uma experiência de planejamento participativo com a realização de diversos encontros nas Unidades de Saúde e Comunidades, culminando com a Conferência Municipal de Saúde e a aprovação do Plano Municipal de Saúde do município de Manicoré. Este é um município localizado no interior do estado do Amazonas, Região Norte do país, pertencente ao Sul Amazonense e microrregião do rio Madeira, com uma população estimada de 57.405 habitantes (IBGE, 2021).

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA GESTÃO

A Gestão Municipal de Saúde elaborou um planejamento estratégico com as etapas a serem desenvolvidas para que os trabalhos pudessem ser iniciados e que ao final a meta fosse atingida de forma eficaz.

**Figura 01:** Etapas do plano de Planejamento estratégico.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

A segunda etapa do planejamento ocorreu no primeiro semestre de 2021, quando a equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde recebeu a quali-

ficação dos pesquisadores do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia. A oficina teve como objetivo qualificar as coordenações de saúde e os membros do Conselho Municipal de Saúde para conduzir a metodologia de planejamento participativo, no sentido de garantir a autonomia do processo (Figura 02). Desse modo, o grupo de facilitadores foi formado para conduzir os encontros nas Conferências Locais. Em seguida, realizamos o cronograma das atividades para realizar a escuta de todas as comunidades onde havia uma Unidade de Saúde, incluindo o Hospital e a área da Vigilância em Saúde.

Foram realizadas 14 Conferências Locais de Saúde, sendo 8 na zona urbana e 05 na zona rural do município e 01 (uma) no Distrito de Santo Antônio do Matupi no KM 180, que contou com a participação de mais de 400 pessoas no total, com representantes de 115 comunidades.

**Figura 02:** Assessoria Fiocruz Amazônia (LAHPSA) realizando a qualificação dos profissionais de saúde como facilitadores para que conduzissem as oficinas.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

Cabe destacar que na área ribeirinha foram realizadas 05 Conferências, com o deslocamento da equipe de facilitadores por mais de 6.000 Km<sup>2</sup>, que foram percorridos via transporte fluvial e mais de 180KM que foram percorridos via transporte terrestre para realizar a Pré-conferência no Distrito de Santo Antônio do Matupi (Figura 03).

O objetivo das conferências locais foi proporcionar um espaço de escuta das comunidades e dos trabalhadores e trabalhadoras no sentido de identificar os principais problemas e construir estratégias de enfrentamento desses problemas. Participaram das Conferências as lideranças comunitárias, representantes de escolas, associações de moradores, segurança pública, gestores da saúde e segmentos de outros setores, além dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde. As Conferências Locais foram realizadas em espaços abertos ao público em Unidades de Saúde, igrejas e escolas da zona urbana e rural.

**Figura 03:** Meios de transportes fluvial no Rio Madeira e Terrestre na BR 230 Transamazônica para chegar aos locais de destino das pré-conferências na zona rural e Matupi no KM180.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.



## METODOLOGIA DE TRABALHO APLICADA

A metodologia de trabalho utilizada foi o ZOPP, uma sigla em alemão que significa Zielorientierte Projektplanung (Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos). Através dessa metodologia foi possível identificar e priorizar os problemas, construir os objetivos, e sugerir as estratégias e ações para responder aos objetivos. Destacamos que todo o processo é participativo, quando os facilitadores colaboram com os participantes na identificação dos problemas, suas causas e efeitos (árvores dos problemas), transformam os problemas em objetivos, para alcançar os resultados esperados.

**Figura 04:** Metodologia ZOPP de visualização.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

O método ZOPP utiliza a técnica de visualização através de fichas coloridas que são expostas em uma parede de fácil visão de todos os participantes. A vantagem dessa estratégia comunicacional é promover a participação de todas as pessoas, que escrevem em frases curtas na ficha as suas propostas, conduzindo a discussão para a construção das etapas de um quadro lógico, quando todas as pessoas visualizam, ao final do dia, a construção de todo o processo. Assim, as etapas do planejamento foram construídas coletivamente: análise do cenário e parcerias, identificação dos problemas, construção da árvore dos problemas, elaboração dos objetivos, ações, monitoramento e avaliação.

**Figura 05:** Primeira Conferência Local na cidade de Manicoré com assessoria do LAHPSA.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

Nas conferências, em seu primeiro momento, os participantes foram estimulados a analisar o contexto em que estavam inseridos e o local onde o projeto estava sendo desenvolvido. A visão sobre os problemas levantados foi compartilhada buscando a identificação de um problema central e de elementos considerados as causas de um problema, que se manifestava como efeito e consequência para outras ações. A partir dessa análise deu-se origem a uma representação visual chamada de “*árvore de problemas*”.

**Figura 06:** Metodologia ZOPP – Dinâmica de apresentação dos participantes.

**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

Após a construção e a visualização, eram desenvolvidas propostas aos grupos para fazer a reversão dos problemas e transformá-las em objetivos central e específicos, montando as estratégias e, posteriormente, fazendo as ações, dando origem à “árvore de objetivos”. Este foi um momento aberto e de muita interação entre os participantes, pois houve o diálogo e discussões positivas, sugestões de propostas de melhorias em busca de soluções e resultados. Desse modo, os participantes são convidados a participar da solução dos problemas.

## AS PRÉ-CONFERÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

As pré-conferências de saúde iniciaram-se no mês de junho de 2021, sendo que na sede do município foram realizadas 08 (oito) pré-conferências, com a participação das equipes de todas as Unidades de Saúde: UBS João Pereira de Oliveira, UBS Mãe Laurinda, UBS Nilton Pereira de Oliveira, UBS Lourival Dias de Souza e UBS Emile Tássia Abreu de Freitas, Centro de Fisioterapia, Assistência Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Hospital.

**Figura 07:** Pré-conferência na UBS Lourival Dias de Souza.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

Durante as oficinas estiveram presentes lideranças comunitárias, representantes de escolas, associações de moradores, segurança pública, gestores da saúde e segmentos de outros setores além dos trabalhadores da saúde. Ao final, tivemos a participação de mais de 170 pessoas.

Na zona ribeirinha foram realizadas 05 (Cinco) Pré-conferências, nos principais Distritos: Cachoeirinha, Verdum, Ponta do Campo no Capanã Grande, Democracia e Barro Alto. Durante as oficinas estiveram presentes lideranças comunitárias, representantes de escolas, associações de moradores, segurança pública, gestores da saúde e segmentos de outros setores além dos trabalhadores da saúde que atuam, ao final mais de 150 pessoas participaram

**Figura 08:** Pré-conferência na Quadra Poliesportiva no Distrito de Cachoeirinha no Rio Madeira.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

A pré-conferência de saúde no distrito de Santo Antônio do Matupi foi realizada no dia 06 de agosto de 2021. O distrito está localizado no sul do município de Manicoré – AM, no KM 180 da rodovia transamazônica. Vale destacar que a equipe de facilitadores do LAHPSA veio de Manaus até Manicoré por via aérea, onde se juntou com a equipe do município para iniciar o trajeto intermunicipal, saindo de lancha de Manicoré no dia 04 de julho para o município de Humaitá pelo rio Madeira. De Humaitá seguimos pela transamazônica até Santo Antônio do Matupi, percorrendo 180 KM, aonde chegamos no dia 05 de julho de 2021 à noite. Depois de dois dias, retornamos para Humaitá e uma parte da equipe regressou a Manaus por via aérea a partir de Porto Velho, Rondônia.

Nesta oficina estiveram presentes lideranças comunitárias, representantes de escolas, associações de moradores, segurança pública, gestores da saúde e segmentos de outros setores além dos trabalhadores da saúde que atuam nas

Unidades de Saúde, ao final mais de 150 pessoas participaram do evento.

**Figura 09:** Pré-conferência realizada na Escola Municipal de Ensino Infantil Ilce Lima - Distrito de Santo Antônio do Matupi no KM 180.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

O resultado das Pré-conferências locais apresentou uma relação de potencialidades a partir dos problemas identificados no território pelos moradores, trabalhadores de saúde e demais segmentos da sociedade. Na avaliação das oficinas sempre foi destacada a oportunidade de participação da construção do Plano Municipal de Saúde, sugerindo que a participação fizesse parte de um processo permanente da gestão. Nas oficinas os participantes elegeram as suas prioridades para serem trabalhadas na forma de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde no município. Ao final de cada Conferência Local, os participantes elegeram delegados e suplentes compostos por usuários do SUS, trabalhadores e gestores para que pudessem participar da Conferência Municipal de Saúde.

Importante destacar que as Conferências Locais aconteceram no período da pandemia, com as diferentes ondas do vírus da Covid-19 circulando entre os municípios e comunidades. As equipes de saúde estavam atuando fortemente no enfrentamento do vírus, mas não impediu que realizássemos os encontros, se-

guindo todas as orientações e cuidados necessários de prevenção da vigilância em saúde do município. Além disso, utilizamos áreas amplas para os encontros, levando máscaras e álcool em gel, seguindo as orientações do distanciamento. Nesse sentido, foi importante encontrar a comunidade e os trabalhadores também para saber dos problemas relacionadas ao enfrentamento da Covid-19.

No segundo semestre de 2021, no período da seca foi mais difícil chegar nas comunidades mais distantes, pois a embarcação maior (barco) podia ir até a entrada do canal e depois a equipe precisava mudar de embarcação (lanchas) menores para seguir as viagens pelos canais. Ao chegar nas comunidades, muitas vezes à noite, os profissionais dormiam em redes na própria embarcação que ficava atracado na beira do rio das comunidades.

**Figura 10:** Conferência Municipal de Saúde de Manicoré.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

Os principais resultados alcançados com a experiência foram os seguintes: mudanças em práticas e nos processos de trabalho das equipes de saúde que tiveram a possibilidade de escutar os usuários; decisão das equipes em realizar rodas de conversas periódicas como um espaço aberto, coletivo para o Conselho Local de

Saúde; construção de ações para o Plano de Educação Permanente em Saúde.

Ao final, foi possível realizar, início de dezembro de 2021, a Conferência Municipal de Saúde de Manicoré, que teve como tema “*Plano Municipal de Saúde: Uma construção participativa*”. Na Conferência foi realizada a consolidação de todo o trabalho e propostas levantadas pelos participantes nas Conferências Locais, quando os participantes puderam visualizar todo o processo construído coletivamente.

As propostas que vieram das Conferências Locais foram divididas em 4 eixos temáticos: Educação Permanente, Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade. Ao final foram aprovadas 93 propostas. O Plano Municipal de Saúde de Manicoré (2022-2025) construído de forma participativa foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde em 23 de fevereiro de 2022, quando teve aprovação por unanimidade.

**Figura 11:** Aprovação do Plano Municipal de Saúde de Manicoré Gestão 2022-2025.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal aprendizado foi a apreensão do processo de planejamento e de gestão participativa, utilizando a mesma metodologia para a avaliação e revisão do Plano Municipal de Saúde. Portanto, temos o desafio manter o movimento participativo e a criação dos instrumentos e indicadores de avaliação desse processo.

Ao final, a gestão, equipes de saúde e controle social tiveram uma experiência, perfeitamente replicável em outros contextos. A participação popular e democrática dos processos de gestão e de decisão sobre a política de saúde a partir de um município no coração da Amazônia são perfeitamente possíveis. Desse modo, se um município do interior da Amazônia, com diversas comunidades ribeirinhas de difícil acesso, conseguiu produzir um processo participativo, nada é impossível para termos um SUS forte e presente na vida de todas as pessoas.

**Figura 12:** Apresentação da experiência na 17ª Mostra Brasil, aqui tem SUS em Campo Grande/MS.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2021.

A experiência foi inscrita da 17ª Mostra Brasil aqui tem SUS, em 2022, primeiramente na Estadual e depois na etapa nacional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Foi uma grande emoção recebermos a premiação desta experiência como trabalho de destaque da Região Norte, com o título *“DO RIBEIRINHO AO URBANO NA CONSTRUÇÃO DO PLA-*

*NO MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA*". A premiação é um reconhecimento pelo trabalho e a aposta que a gestão fez nesse processo.

**Figura 13:** Webdoc CONASEMS - Aqui tem SUS Manicoré (AM).



**Fonte:** <https://www.youtube.com/watch?v=OMvoDR04IS4>

O Prêmio gerou a produção do documentário da série Webdoc Brasil, aqui tem SUS Manicoré (AM). O município de Manicoré recebeu a equipe do Mais CONASEMS para realizar a gravação de todo o trabalho realizado nas Pré-conferências para a Construção do Plano Municipal de Saúde, mostrando a gestão participativa da política pública de saúde nos territórios. O documentário foi lançado em 10 de julho de 2023 e está disponível no site do CONASEMS: <https://mais.conasems.app/series/brasil-aqui-tem-sus/episodios> e no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=OMvoDR04IS4>.



## REFERÊNCIAS

Abreu, M. F., Melo, E. M., & Silveira, A. M. (2018). Contribuições do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) para a ampliação da cidadania e promoção da saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, N. ESPECIAL 4, P. 107-119

CONASEMS. (2023). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

**Mais Conasems.** Disponível na internet: <https://mais.conasems.app/series/brasil-aqui-tem-sus/episodios>. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OMvoDR04IS4>

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** Disponível na internet: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acessado em: 04 de março de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. (2016). **Manual de Planejamento no SUS.** Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). **Sistema de Planejamento do SUS (Planeja-SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** Disponível na internet: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS\\_livro\\_1a6.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf)

Furtado, J. P. Sousa, G. W., Oda, W. Y., & Onocko-Campos. R. (2018). Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública.** 4(7):e00087917

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). **Censo Demográfico.** Disponível na internet: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/>

Parente, J. R. F. (2011). **Planejamento participativo em saúde.** SANARE-Revista de Políticas Públicas, 10(1).

Vianna, I. O. D. A. (2013). Planejamento participativo na escola: um desafio ao educador. **In Planejamento participativo na escola: um desafio ao educador** (pp. 118-118).

# “Retratos” da saúde ribeirinha pelo olhar da equipe da Unidade Básica de Saúde Fluvial



**Vanessa Colares Magalhães Alves**  
**Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Júlio Cesar Schweickardt**  
**Péricles Vale Alves**  
**Rodrigo Tuleman Alves de Paula**

Iniciar este relato é um tanto curioso porque envolve o encontro dos olhares entre a produção das imagens, a percepção dos trabalhadores e a “análise” das fotografias. O primeiro estranhamento foi montar a exposição fotográfica na I Mostra de Experiências e Boas Práticas do município. Foi necessário realizar uma conexão com cada situação e experiências obtidas pelas equipes. Na seleção das imagens, nos perguntávamos: como podemos ter um cenário, um território tão rico e tão desconhecido por muitos? Podemos dizer que temos um MUNDO inteiro a descobrir em nosso território. Uma população que vive cercada pelos rios e florestas é uma população muito rica.

Levar saúde a esse público que vive nessas comunidades, principalmente as mais longínquas e de difícil acesso, é encantador e desafiador. Acreditamos e temos certeza das dificuldades, mas ao olharmos o entusiasmo dos profissionais de ver essa população recebendo os cuidados e atenção que tanto precisam acabam por renovar essas forças.

Certa vez conversando com a nutricionista da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), nos fez relatos fascinantes sobre trabalhar na área ribeirinha. Rela-

tou o acolhimento que recebem a cada visita, quando o sentimento de gratidão transborda através dos pequenos gestos. Percebemos, através do entusiasmo e encantamento dela, o quão maravilhoso é estar próximo à população. Se fazer presente, fazer a SAÚDE estar junto com as comunidades é mágico.

Ao observar as fotos, que estão expostas abaixo, percebemos diversos cenários e esses profissionais inseridos neles levando promoção e prevenção debaixo das árvores, na beira dos rios. O contato com a natureza como o banho de rio com os comunitários; observar com a equipe o deslumbre de pôr do sol, o céu estrelado que na cidade não é possível perceber, enriquecendo a vida dos profissionais. Os improvisos e as adaptações a cada atendimento nos mostram o quanto os profissionais se preocupam com o cuidado à saúde ribeirinha. Em troca de toda essa entrega e comprometimento com a saúde dos ribeirinhos, imaginamos o super acolhimento que recebem a cada visita e a enorme gratidão por se fazerem presentes que, de certa forma, são transpassadas através das lentes da câmera do celular.



## CONHECENDO O TERRITÓRIO

A UBSF Nossa Senhora das Dores está vinculada ao polo do São Vicente. A eSFR do São Vicente/Fluvial é formada por 28 comunidades com um quantitativo de 2296 pessoas, sendo a comunidade do Bom Suspiro a mais populosa com 225 pessoas e a de menor número se encontra na comunidade São Francisco com 14 pessoas. A Estratégia São Vicente possui 4 pontos de apoio: Santa Helena, Bom Suspiro, Samaúma e São Francisco I, conforme a figura abaixo:

**Figura 01:** Mapa da eSFR – São Vicente.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

As redes sociais formam "*territórios afetivos*" ou os "*territórios solidários*", constituindo-se em valioso patrimônio dos distintos grupos sociais. Muitas vezes, elas assumem maior importância na vida das pessoas que as redes técnicas, suprimindo carências conjunturais e remediando as estruturas, pois são formas de apropriação do território. O estabelecimento das redes de solidariedade nas comunidades pode ser fator de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis (Monken, *et al.*, 2008).

O território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas devemos entender que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites (Monken *et al.*, 2008).

Comentando sobre território, Schweickardt *et al.* (2016) partem do pressuposto de que o território na Amazônia é um espaço de produção da gestão e das práticas sociais, que sofre interferência das águas que modelam as vidas ribeirinhas. Desse modo, temos um verdadeiro território líquido. Entendemos que, enquanto agenciador dos encontros e energias das relações ribeirinhas, o espaço é considerado o meio e o modelador das práticas de atenção à saúde na Amazônia. Esse território é profundamente marcado pelo regime das águas e pelo ciclo hidrológico, por isso a necessidade de incorporar nas análises a dimensão desse território líquido (Kadri *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2021).

Falando sobre território líquido, lembramos a seguinte fala que é muito comum ouvir: "*os rios são nossas estradas, os barcos e canoas (embarcações) são nossos carros e motos*". O nosso acesso a área ribeirinha e vice-versa se faz através dessas estradas que fazem "*banzeiro*<sup>1</sup>". Dessa forma, nossos profissionais de saúde se aventuram na estrada a banzeirar, levando saúde e bem-estar à população. Como fala um trecho da música de Milton Nascimento: "Quem sabe isso quer dizer amor, estrada de fazer o sonho acontecer" – exercer esse papel é um ato de amor, percorrendo as estradas de rio para fazer esse sonho acontecer.



## A SAÚDE RIBEIRINHA E FLUVIAL

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais representam um modelo tecnoassistencial que cria uma possibilidade real de inclusão de populações que estiveram historicamente excluídas da assistência à saúde. O modelo ajuda a superar as iniquidades regionais e a construir um SUS que reduz vulnerabilidades sociais e sanitárias (Kadri *et al.*, 2019). Há 10 anos, a população ribeirinha e os trabalha-

1 - Banzeiro: série de ondas provocadas pela passagem da pororoca ou de uma embarcação, e que vai quebrar violentamente na praia ou nas margens do rio.

dores da saúde passaram a contar com esse modelo, através da primeira UBSF, chamada de Igarapu, no município de Borba-AM.

Os profissionais de saúde que atuam nessas embarcações enfrentam inúmeros desafios para garantir que cada pessoa ribeirinha receba os cuidados necessários. Eles enfrentam longas jornadas, condições climáticas adversas, dificuldades logísticas e limitações de recursos. No entanto, sua dedicação e comprometimento permitem que a saúde chegue a essas comunidades isoladas.

Os profissionais são verdadeiros heróis, levando através dos rios, lagos e igarapés assistência médica, vacinação, exames de rotina e medicamentos às famílias ribeirinhas. Cada território tem suas particularidades e esses trabalhadores acabam por se ajustar a cada uma delas, como as questões culturais, linguísticas e sociais. No entanto, a criação de vínculos gera confiança e constrói uma gestão do cuidado dialogada com as pessoas e comunidades. A atuação vai para além do tratamento de doenças, envolvendo também a promoção da saúde e a educação preventiva.

As UBSF produzem uma atenção diferenciada através de tecnologias duras como equipamentos e insumos, das tecnologias leves-duras com o conhecimento dos profissionais de saúde, e tecnologias leves com as relações que se constituem no cuidado em saúde. A UBSF leva cuidado que estaria fora do alcance dos ribeirinhos, pois o movimento é de ir até o território, produzindo o acesso e, ao mesmo tempo, a inclusão dessa população.

Importante frisar que trabalhar nesse contexto, significa desenvolver um cuidado intercultural, produzindo diálogos entre os saberes locais e as práticas de saúde convencional. O território é o espaço das redes de cuidado, ultrapassando a política de saúde. Assim, uma abordagem integral da saúde significa considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos que influenciam nas condições de bem-estar e a qualidade de vida dos ribeirinhos. No entanto, ressaltamos que a atuação dos profissionais de saúde e o funcionamento das UBSF no território líquido não deve ser isolada. É necessário que haja uma integração efetiva entre essas UBSF e a rede de saúde mais ampla, de forma que esses usuários tenham acesso a um atendimento contínuo e especializado quando necessário.



## **UBSF NOSSA SENHORA DAS DORES: O OLHAR DO CUIDADO FLUTUANDO PELAS ÁGUAS DOS RIOS E LAGOS**

A UBSF Nossa Senhora das Dores de Manicoré-AM, foi a segunda UBSF a ser entregue no país. Com a implantação dessa unidade no município, no dia 02

de junho de 2015, a população ribeirinha passou a receber mais visitas e atendimentos. Havia comunidades que nunca tinham recebido a equipe de saúde. Dessa forma, foi um marco divisor para essa população que passou a contar e aguardar esses serviços de saúde em suas comunidades.

A importância da UBSF para a população ribeirinha é amplamente reconhecida pela literatura científica. Kadri *et al.* (2019) afirmam que a UBSF significou a ampliação do acesso da população ribeirinha aos cuidados da rede municipal e regional de saúde. Outra pesquisa, conduzida por Silva Reis *et al.* (2020) analisaram os impactos da UBSF na saúde de uma população ribeirinha amazônica. Os resultados mostraram que, após a implementação da unidade fluvial, houve uma melhoria significativa nos indicadores de saúde, tais como: maior cobertura dos exames citopatológicos das mulheres na faixa etária preconizada entre 25 a 64 anos, maior cobertura vacinal da população que vive mais isolada, garantia de atendimentos odontológicos para quem nunca teve acesso a esse serviço, realização de exames laboratoriais para diagnóstico imediato, dentre outras melhorias.

A atenção e o cuidado que a UBSF produz foi ampliado e reforçado com a implantação das Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR). No município de Manicoré, a implantação se deu no segundo semestre de 2021, quando foram implantados 6 eSFR, sendo elas: Barro Alto, Democracia, Nazaré (Capanzinho), Ponta do Campo (Capanã Grande), Verdum e Cachoeirinha.

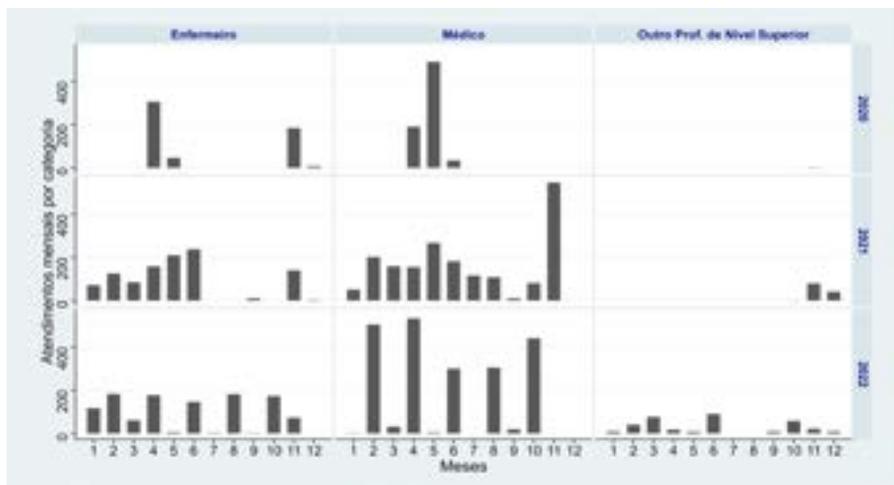
A implantação acelerou o caminhar da gestão da saúde ribeirinha. Comunidades que tinham a visita da equipe de saúde apenas uma vez por ano, passam a ser contempladas com visitas mensais. Essa população que vive em meio às águas, nas barrancas do rio Madeira e nos lagos tem, com a chegada das estratégias de saúde ribeirinha, o seu tão sonhado protagonismo.

Por fim, a UBSF e as equipes de saúde ribeirinha significam garantia de acesso a cuidados de saúde de qualidade para uma população em região de difícil acesso. Essa iniciativa tem sido amplamente reconhecida por sua eficiência e impacto positivo na saúde dessas comunidades, de acordo com estudos científicos (Kadri *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2021).



## ATENDIMENTOS REALIZADOS NA UBSF NOSSA SENHORA DAS DORES

Nesta seção, abordaremos o número de atendimentos realizados pelos profissionais da UBSF no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2022.

**Tabela 01:** atendimentos em 2020/2021/2022.

Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

No ano de 2020, podemos observar que os atendimentos foram feitos no mês de abril, maio e junho e foram retomados no mês de novembro e dezembro, totalizando 1261 atendimentos individuais durante o ano.

Analisando o ano de 2021, observamos que todos os meses tiveram atendimentos. Nem sempre a equipe estava completa por médico, enfermeiro e outro profissional de nível superior, mas a cada mês, pelo menos um desses profissionais estavam presentes prestando atendimento à população ribeirinha. No mês de novembro, tivemos o maior número de atendimentos realizados no ano e foi onde tivemos a equipe completa. Neste ano, encerramos com 3040 atendimentos.

Quanto ao ano de 2022, no mês de fevereiro foi realizado 728 atendimentos, seguido do mês de abril com 727. Em contrapartida, o mês de julho e dezembro foram os meses em que tiveram um número reduzido de atendimentos. No total, tivemos um quantitativo de 3601 atendimentos realizados neste ano.

A partir da conversa com o enfermeiro da UBSF, podemos notar os desafios enfrentados pela equipe da unidade que vão além do acesso e dificuldades no deslocamento. A cada entrada em área, conhecemos um pouco mais do território, sem desconsiderar os desafios para a equipe e para os usuários. As mudanças no ciclo das águas exigem da equipe novas abordagens e nos modos de produzir o acesso, portanto, o território líquido não é uma barreira de

acesso, mas um desafio que se coloca para a gestão da saúde e para a gestão do cuidado em saúde.

Dentro do território aqui descrito, a comunidade mais distante e de difícil acesso, segundo o enfermeiro da UBSF, é a comunidade Taquara. Está localizada dentro do lago do Acará e nem sempre a equipe consegue chegar para realizar os atendimentos. A tão, tão distante Taquara nem sempre consegue ser acessada, mas tampouco deixa de ser sonhada.



## O CUIDADO EM SAÚDE PELAS IMAGENS

*A gente não gostava de explicar as imagens;  
Porque explicar afasta as falas da imaginação.*

**Manoel de Barros**



## NAVEGAR É PRECISO, LEVAR SAÚDE AOS RIBEIRINHOS É “ESPERANÇAR” POR DIAS MELHORES

**Imagem 02:** UBSF na Comunidade Nossa Senhora das Dores.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 03:** Pôr do sol na UBSF Nossa Senhora das Dores.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 04:** UBSF Nossa Senhora das Dores.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.



## CUIDADO ACOMPANHADO DE AMOROSIDADE

O conceito do cuidado guarda relações o modelo de atenção e as proposições da ESF. De acordo com Ayres (2004), o cuidar é um momento de relações entre os sujeitos, incluindo a dimensão intersubjetiva e a dimensão prática.

**Imagem 05:** Visita domiciliar do ACS.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 06:** Visita domiciliar do ACS.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 07:** Criando vínculos e afetividade.

**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 08:** Médica exercendo o cuidado de maneira afetuosa.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 09:** A cada visita, um fôlego de esperança.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 10:** Cirurgião dentista na UBSF Nossa Senhora das Dores.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.



## ACESSO – COMO CHEGAR? APROXIMAR? VINCULAR?

No contexto da saúde, o acesso compreende diversas dimensões que possibilitam a entrada dos usuários ou pacientes na rede de serviços em diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento. O acesso está vinculado às facilidades e dificuldades na atenção estando diretamente relacionada com a oferta e a disponibilidade de recursos e pessoal. Produzir acesso significa ofertar serviços necessários e oportunos para os territórios específicos em quantidade suficiente e a um custo adequado. Portanto, garantir o acesso requer a gestão das barreiras, sejam físicas, financeiras, pessoal, geográfico, cultural, que dificultam o cuidado integral (Vuori, 1991).

**Imagem 11:** Comunidade São Pedro, próximo a Santa Helena.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 12:** Estacionamento de canoas para encontrar a equipe de saúde.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

### Imagem 13: Vamos enfrentar a escada de barro?



Fonte: Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.



**Imagem 14:** O vínculo do profissional e usuário se faz presente.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 15:** “Há quem seja feliz sem coisa nenhuma, enquanto outros são infelizes possuindo tudo”. (Luigi Pirandello)



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.



## ACOLHIMENTO

O acolhimento, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), não possui local ou momento definido para acontecer, tampouco exige a presença de um profissional específico. Ele integra todos os encontros dentro do contexto dos serviços de saúde. O acolhimento representa uma postura ética que envolve ouvir atentamente os usuários, reconhecer o seu protagonismo no processo de saúde e doença, bem como assumir a responsabilidade pela resolução dos problemas, envolvendo a ativação de redes para compartilhar saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos (Brasil, 2010).

**Imagem 16:** O café acolhedor.



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

**Imagem 17:** “Quando o meu amigo está infeliz, vou ao seu encontro; quando está feliz, espero por ele”. (Henri Amiel)



**Fonte:** Enfermeiro Rodrigo Tuleman, 2022.

A equipe de saúde, juntamente com as tecnologias do cuidado, realiza uma atenção que promove a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Ao final, temos múltiplos encontros felizes, um indicador que os sistemas de informação não conseguem medir e quantificar.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Queremos encerrar agradecendo aos profissionais que se propõem ao grandioso trabalho de atuar na área ribeirinha, contribuindo com a gestão para uma qualidade de vida e inclusão dessa população. Apesar de reconhecermos que esse é o melhor caminho, no início da trilha, mas estamos em movimento para ser referência nacional no cuidado às comunidades ribeirinhas da Amazônia.

Finalizamos este relato  
com um poema escrito  
Para não ficar no anonimato  
E nem suas atuações prescritas.

Ponho a equipe da Fluvial no estrelato  
Sob o céu de estrelas infinitas  
Assim como aquele relato  
Que pelas fotos são transcritas.

Fico aqui a pensar  
No difícil acesso  
As comunidades do Acará  
O que fazer para adentrar?  
Será que dessa vez vai rolar?  
A conquista da entrada  
Da Taquara Tão sonhada.

E as dificuldades de acesso ao Baetas  
Devido ao seu canal ser muito estreito  
E a balsa não conseguir passar  
Contamos com os furos para as consultas realizar.

As pessoas saem dos lagos  
Com intenção da equipe de saúde encontrar  
Transformam o rio em estacionamento  
Para cuidar do seu bem-estar.

As canoas estacionadas  
Se organizam da forma que dá  
Na espera de seus condutores  
Para a casa retornar.

No período da seca  
O cenário muda e  
Para conseguir se deslocar  
As vestimentas têm que trocar

A calça é substituída por bermuda  
Para o processo facilitar  
Tirando o coturno do pé  
Para a lama não estragar  
Facilitando assim,  
A canoa desencalhar.

Sob o céu estrelado  
A bordo da UBS Fluvial  
A equipe é contemplada  
Com uma vista fenomenal.

Afagando assim os momentos de exaustão  
Criando estratégias

Para desenvolver ação e transformação  
De melhores condições de vida  
Para esta população.



## REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. D. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, 13, 16-29.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, & Política Nacional de Humanização. **Cadernos de Humanização SUS**. v.1. Brasília.
- Kadri, M. R. E., Santos, B. S. D., Lima, R. T. D. S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. (2019). Unidade básica de saúde fluvial: Um novo modelo da atenção básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 23.
- Lima, R. T. D. S., Fernandes, T. G., Martins Júnior, P. J. A., Portela, C. S., Santos Junior, J. D. O. D., & Schweickardt, J. C. (2021). Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26, 2053-2064.
- Monken, M., Peiter, P., Barcellos, C., Rojas, L. I., Navarro, M. B. M. A., Gondim, G. M., & Gracie, R. (2008). O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. **Território, ambiente e saúde**, 23-42.
- Schweickardt, J.C.; Lima, R. T. S.; Simões, A.; Freitas, C. M. & Alves, V. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida. <https://editora.redeunida.org.br/project/in-formes-da-atencao-basica-aprendizados-de-intensidade-por-circulos-em-rede-prospeccao-de-modelos-tecnoassistenciais-na-atencao-basica-em-saude-volume-1-2/>
- Silva Reis, M. H., Portugal, J. K. A., Mariño, J. M., da Silva Barros, W., de Souza Dantas, J., de Souza, T. T. G., ... & de Freitas, D. L. A. (2020). O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (53), e3631-e3631.
- Vuori H (1991). A qualidade da Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 3:17-25.

# O SUS fazendo banzeiro no território líquido: a implantação de equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial



**Manoel Cetauro da Fonseca Júnior**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Mariles Bentes da Silva**  
**Liliane da Silva Soares**  
**Júlio Cesar Schweickardt**



## AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO LÍQUIDO DE MANICORÉ

**A**s Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que estão localizadas em comunidades que têm acesso por rio (Brasil, Portaria nº 837, 2014). Pela grande dispersão territorial, essas áreas necessitam de embarcações para poder atender às comunidades dispersas no território. Em função dessa particularidade, as eSFR são a porta de entrada e acesso ao SUS na atenção primária, sendo essas equipes compostas por, no mínimo: um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS).

A atenção à saúde dessa população tem como referência a Política Nacional de Atenção Básica, implementada no país, pelas Portarias MS/ GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição dos valores de financiamento para as eSFR e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo na região amazônica.

Este relato apresenta uma experiência de elaboração de um projeto para a

implantação de eSFR no município de Manicoré. No primeiro semestre de 2021 ocorreu a primeira fase deste processo, quando a equipe de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) elaborou um cronograma de atividades para realizar visitas nas comunidades da zona rural do município. Foram realizadas sete viagens nos principais polos de referência com o objetivo de fazer o levantamento de necessidades e proporcionar também um espaço de escuta das comunidades. Nesses encontros buscamos identificar os principais problemas e construir estratégias de enfrentamento.

Nos encontros realizadas nas comunidades, houve a participação de lideranças comunitárias, representantes de escolas, associações de moradores, segurança pública, gestores da saúde e demais segmentos de outros setores. As reuniões foram realizadas em espaços abertos ao público como em escolas e demais centros sociais. Nos encontros foram identificadas as seguintes questões: características do território; logística e estimativa da população residente nas comunidades, por regiões da zona rural e os rios; identificação do circuito de deslocamento nos territórios; análise dos locais para as futuras construções das novas UBS (Figura 01).

**Figura 01:** Visita e Levantamento de Necessidades na área Ribeirinha de Manicoré.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.



## A SITUAÇÃO DA SAÚDE RIBEIRINHA EM 2021

Em 2021, havia apenas 11% da população ribeirinha assistida por uma equipe mínima de saúde. O Distrito de Cachoeirinha era a única localidade do território rural de Manicoré que tinha uma equipe de saúde (Figura 02).

A metodologia de trabalho partiu do levantamento realizado nos territórios, com a elaboração do projeto formal, de acordo com as orientações e critérios adotados pelo Ministério da Saúde, que foram divididos em sete momentos. Na primeira etapa, a SEMSA indicou os territórios na zona rural a serem cobertos, de acordo com a estimativa da população ribeirinha residente, estimando o número de profissionais compatível com a necessidade de serviços. Desse modo, buscamos identificar a localidade de referência, com o número de pessoas atendidas.

**Figura 02:** Cenário da assistência em saúde em 2021.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

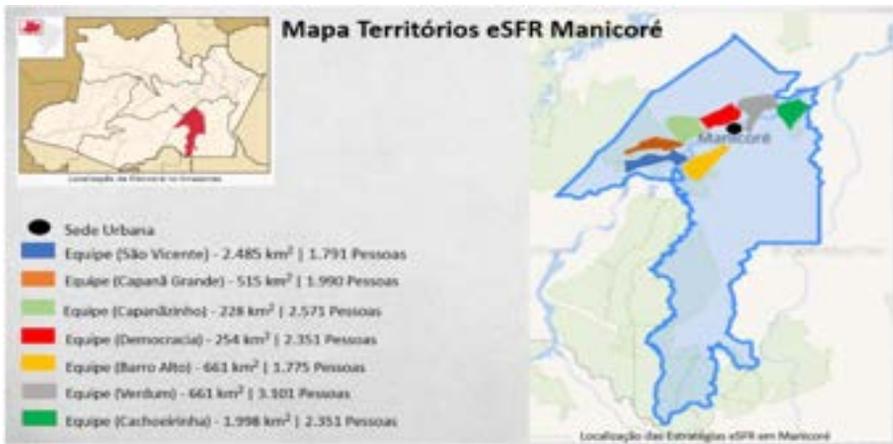
Foi realizada uma proposta de programação de viagens por ano, com itinerário das comunidades, considerando o retorno, a cada 60 (sessenta) dias, das eSFR para cada comunidade, para assegurar a continuidade do cuidado. Foi realizada ainda a organização das ofertas de serviços e ações da equipe, a fim de garantir a integralidade da atenção à população. A gestão municipal ainda definiu os indicadores da avaliação e monitoramento das eSFR e as estratégias de qualificação do trabalho. As equipes foram registradas no Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES) com a descrição das unidades

de saúde de apoio para o atendimento, e relação da quantidade de comunidades. Em relação ao transporte da equipe e da população, foram descritos os tipos de embarcações, considerando a vinculação com a rede de urgência e emergência do município.

Na segunda etapa o projeto foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde onde foi aprovado e em seguida, na terceira etapa foi feito o envio para a análise da área técnica do Departamento da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Na quarta etapa foi protocolado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) para análise e aprovação deste colegiado. Na quinta etapa a SES enviou as resoluções de nº 084, 085, 086, 087, 088, 089 e 090 ao Ministério da Saúde para credenciamento das equipes. A sexta etapa consistiu na publicação do credenciamento das equipes do município de Manicoré no Diário Oficial da União (DOU) em 10 de setembro de 2021 pelas portarias nº 63 e 64 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Na sétima etapa, o município procedeu com a inscrição dos profissionais das equipes no CNES e em seguida o município começou a receber os recursos referentes à habilitação das equipes. A alimentação mensal da produção nos sistemas de informações foi necessária para a manutenção dos recursos federais dessas equipes

O resultado do projeto foi a cobertura da Atenção Primária em 100% da zona rural do município de Manicoré, com a implantação de 6 (seis) eSFR e 1 (uma) Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), para realizar a atenção e o cuidado em saúde para as populações ribeirinhas em 7 (sete) grandes regiões da zona rural: Distrito de São Vicente ficou como referência para a eSFF da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Distrito de Ponta do Campo (Capanã Grande); Distrito de Capanzinho; Distrito de Democracia; Distrito de Barro Alto; Distrito de Verdum; Distrito de Cachoeirinha. Cada estratégia possui ainda 4 pontos de apoio, contabilizando em um total de 28 em todo o território ribeirinho (Figura 03).

Os pontos de apoio são estratégicos para os atendimentos das eSFR, de modo a atenderem a demanda do território ribeirinho. Os pontos são importantes porque facilitam o acesso dos ribeirinhos aos cuidados de saúde por estarem mais próximos dos seus locais de moradia, especialmente nos períodos de seca dos rios e lagos, quando a população necessita caminhar longas trilhas para chegar até o serviço de saúde. Desse modo, é possível produzir acesso e realizar um cuidado equitativo e integral para essa população que historicamente foi excluída da política de saúde na região amazônica (Schweickardt, 2011; Schweickardt, J. C. & Martins, 2017).

**Figura 03:** Localização das Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha.

Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## A SAÚDE NO TERRITÓRIO RIBEIRINHO EM MANICORÉ

Vale ressaltar que as ações de saúde para os povos ribeirinhos antes da implantação das eSFR eram caracterizadas por atividades que eram realizadas no modelo campanhistas. As mais diversas embarcações eram alugadas pela gestão municipal, que realizavam viagens com uma equipe mínima, composta por técnicos de enfermagem ou auxiliares, as embarcações percorriam as comunidades ribeirinhas para realizar as atividades mínimas de atenção à saúde. A partir de 2021, com a implantação das eSFR, foi formada equipe de multiprofissionais para efetivar o rearranjo organizacional e otimizar a descentralização dos serviços de saúde. As equipes garantem o atendimento às populações menos favorecidas, permitindo a reintegração social de pessoas preteridas pelo isolamento geográfico. As ações de saúde incluem a difusão de informações, prevenção em saúde e melhoria na qualidade de vida das comunidades ribeirinhas de Manicoré. A seguir apresentamos as áreas de abrangência de cada eSFR com a devida visualização por mapas que identificam os territórios das equipes.

### ESFF – DISTRITO DE SÃO VICENTE

A eSFF do Distrito de São Vicente está localizada na margem direita do Rio Madeira, que possui uma extensão de 2.736 km<sup>2</sup>, com 28 comunidades e tem 2.296 pessoas cadastradas no e-SUS. Em linha reta<sup>2</sup>, a comunidade está a

120 km da sede do município. Nesta região foi implantada uma eSFF Ampliada que realiza os atendimentos nas comunidades e também na Unidade Básica Fluvial Nossa Senhora das Dores, cadastrada no CNES com o código de estabelecimento 7819919. Esta estratégia possui uma eSFF cadastrada com o INE: 0001602616/0008-ESF Fluvial São Vicente.

Este território conta com 4 unidades de apoio nas comunidades de Santa Helena, Bom Suspiro, Samaúma e São Francisco I. A equipe realiza as ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Além disso, conta com embarcações de pequeno porte para o deslocamento dos profissionais na efetivação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, seja nos encaminhamentos de urgência à rede hospitalar, ou aos centros especializados seguindo a demanda da Central de Regulação. Cada Unidade de apoio possui técnicos de enfermagem e atuam em regime de escala onde permanecem 15 (quinze) dias em área. Esta área também sofre as consequências do período da seca no segundo semestre do ano, dificultando o acesso da população aos serviços (Figura 04).

**Figura 04:** Área de atuação da eSFR – Distrito de São Vicente, Manicoré/AM.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

**2** - As distâncias na Amazônia não são medidas em Km, mas pelo tempo e pela potência do motor. A expressão “linha reta” é apenas uma referência geográfica, mas na prática e no cotidiano da vida das pessoas as linhas são bem tortas e sinuosas. Além disso, o tempo de deslocamento vai depender do período hidrológico, que aumenta ou diminui os tempos.



## ESFR – DISTRITO DE PONTA DO CAMPO

A eSFR do Distrito de Ponta do Campo está localizada no lago do Capanã Grande, distante, em linha reta, a 70 km da sede do município, possuindo uma extensão de 523 km<sup>2</sup>, com 12 comunidades e uma população de 1.704 pessoas cadastradas no e-SUS. Nesta região foi implantada uma eSFR, cadastrada no CNES com o código de estabelecimento 0694134 e o INE: 0002177838.

O território conta com 4 unidades de apoio nas comunidades de Urumatuba, Nazaré do Retiro, Fátima e São Raimundo. As características do trabalho e do território são as mesmas das outras equipes ribeirinhas (Figura 05).

**Figura 05:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Ponta do Campo, Manicoré/AM.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.



## ESFR – DISTRITO DE CAPANANZINHO

A eSFR do Distrito de Capananzinho está localizada no Igarapé do Capanã, a 46 km da sede do município, em linha reta, com uma extensão de 181 km<sup>2</sup>, possuindo 15 comunidades e uma população de 2.431 pessoas (e-SUS). Nesta região foi implantada uma eSFR cadastrada no CNES com o código de estabelecimento 0288527, com o INE: 0001618741.

O território conta com 4 unidades de apoio instaladas nas comunidades de São José de Onça, Santo Antônio da Barreira, São Francisco do Furo do Purui e Santo Antônio do Pau Queimado (Figura 06).

**Figura 06:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Capananzinho, Manicoré/AM



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## ESFR – DISTRITO DE DEMOCRACIA

A eSFR do Distrito de Democracia está localizada a margem direita do Rio Madeira, possui uma extensão de 246 km<sup>2</sup>, a área possui 21 comunidades e uma população de 2.366 pessoas (e-SUS). A comunidade está, em linha reta, a 16 km da sede do município. Nesta região foi implantada uma Equipe de Saúde da Família Ribeirinha cadastrada no CNES com o código de estabelecimento 0694126, e o INE: 0001497995.

O território conta com 4 unidades de apoio instaladas nas comunidades de Monte Sião, Água Azul, Liberdade e São Sebastião. (Figura 07). Destacamos a fragilidade de segurança pública na região, o que tem intensificado o consumo de entorpecentes, ocasionando uma situação de grande vulne-

rabilidade social no distrito de Democracia. Democracia tem o acesso à BR 319, que interliga Manaus e Porto Velho, mas que sofre com manutenção, especialmente no período de chuvas.

**Figura 07:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Democracia, Manicoré/AM.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## ESFR – DISTRITO DE BARRO ALTO

A eSFR do Distrito de Barro Alto está localizada no Rio Manicoré, possui uma extensão de 650 km<sup>2</sup>, a área possui 20 comunidades e uma população de 1.775 pessoas. Em linha reta, a comunidade está a 26 km da sede do município. Nesta região foi implantada eSFR, com o cadastrada do CNES com o código 0470848 e o INE: 0002107457.

O território conta com 4 unidades de apoio instaladas nas comunidades de Esperança, Mocambo, Três Estrelas e Vera Cruz (Figura 08). A localidade também sofre com as situações de segurança pública e de consumo de drogas.

**Figura 08:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Barro Alto, Manicoré/AM

Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## ESFR – DISTRITO DE VERDUM

A eSFR do Distrito do Verdum está localizada a margem direita do Rio Madeira, possui uma extensão de 992 km<sup>2</sup>, a área possui 29 comunidades e uma população de 3.039 pessoas (e-SUS). Em linha reta, a comunidade está a 40 km da sede do município. Nesta região foi implantada uma eSFR cadastrada no CNES com o código de estabelecimento 7040695 e com o INE: 0000012785.

O território conta com 4 unidades de apoio instaladas nas comunidades de Repartimento, Terra Preta do Rio Atininga, São José do Miriti e Barreira do Matupiri (Figura 09). Esta área também sofre as consequências do período da seca no segundo semestre do ano, dificultando o acesso da população aos serviços.

**Figura 09:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Verdum, Manicoré/AM.



**Fonte:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Capanazinho, Manicoré/AM.



## ESFR – DISTRITO DE CACHOEIRINHA

A eSFR do Distrito de Cachoeirinha está localizada a margem direita do Rio Madeira, possui uma extensão de 1.444 km<sup>2</sup>, a área possui 29 comunidades e uma população de 2.461 pessoas. Em linha reta, a comunidade está a 65 km da sede do município. Nesta região foi implantada uma eSFR cadastrada no CNES com o código de estabelecimento 7040695 e o INE: 0000012777. O território conta com 4 unidades de apoio instaladas nas comunidades de Jenipapo I, Itapinima, Nazaré do Uruá e Biriba (Figura 10).

**Figura 10:** Área de atuação da eSFR – Distrito de Cachoeirinha, Manicoré/AM.

Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## EQUIPES RIBEIRINHAS E OS RESULTADOS NA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE

As eSFR são compostas por Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Técnicos em Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Microscopistas e demais profissionais da equipe multiprofissional (eMulti) como Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo. Os principais resultados alcançados com este projeto implantado foram a proximidade da equipe e da gestão da saúde municipal com a população ribeirinha, a assistência e intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população é exposta no seu território (Figura 11).

A implantação deste projeto significou cumprir com o princípio da equidade do SUS, pois produziu inclusão e possibilitou uma atenção mais integral e permanente junto à população ribeirinha, que não tem mais a necessidade de se deslocar até a sede do município para receber um atendimento da atenção básica, que representava um alto custo para as famílias, especialmente com combustível, afetando diretamente na renda.

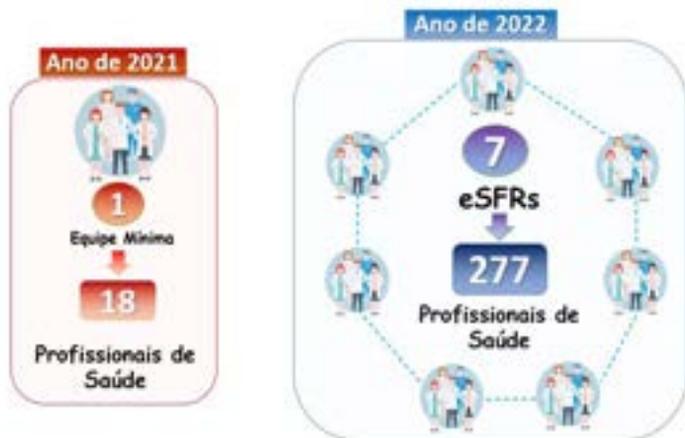
**Figura 11:** Atenção das eSFR nos territórios ribeirinhos.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

Realizando um comparativo da presença de profissionais de saúde em todo o território ribeirinho, entre os anos de 2021 e 2022, conseguimos destacar a diferença de profissionais contratados após o projeto. Até o ano de 2021, a SEMSA possuía apenas uma equipe mínima, com apenas 18 profissionais, e ao final do ano de 2022 o município fechou com sete equipes ribeirinhas e um total de 277 profissionais atuando na zona rural, representando uma cobertura efetiva de todo território ribeirinho do município de Manicoré (Figura 12).

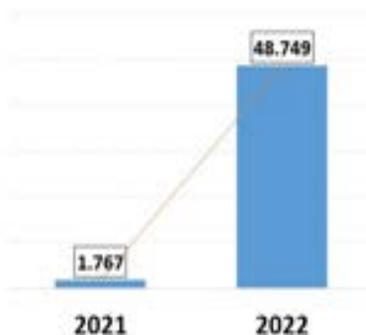
**Figura 12:** Relação dos trabalhadores em 2021 e 2022 na área ribeirinha de Manicoré.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

Ao final do ano de 2022, foi possível fazer uma avaliação e identificar pelo sistema de informação nacional e-SUS PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) que 48.749 atendimentos e procedimentos foram realizados pelas eSFR, tendo um crescimento de 222%, impactando na qualidade da saúde ribeirinha em todo o território rural, algo inédito no município e na administração da gestão municipal. Comparando ao ano de 2021, quando foram realizados apenas 1.767 atendimentos e procedimentos, tendo naquele momento um total 8% coberto pela atenção básica em saúde (Figura 13).

**Figura 13:** Resultados entre 2021 e 2022.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

A gestão municipal de Manicoré veio realizando, ao mesmo tempo, a implantação das equipes de saúde da família ribeirinha um investimento na estrutura física das Unidades de Saúde. Estão em construção novas Unidades Básicas de Saúde com ambientes de acordo com o Manual de Construção de Unidades Básicas de Saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde nas comunidades definidas como eSFR. Todas estão sendo contempladas com equipamentos e móveis novas (Figura 14).

**Figura 14:** Construção de Novas UBS no território ribeirinho.



**Fonte:** Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

Em janeiro de 2024 foram entregues ambulanchas para todas as comunidades de referência das equipes, ainda serão entregues canoas de alumínio com rabeta para os ACS realizarem suas visitas domiciliares (Figura 15). Outro investimento mais precioso que tivemos além de construções, sem dúvida, foi da qualificação dos profissionais de saúde para que pudessem atuar nos territórios e fazer o dia a dia do SUS.

**Figura 15:** Investimentos no transporte fluvial.

Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## DO LOCAL AO NACIONAL

Foi com grande emoção que recebemos a premiação, em 2022, como trabalho de destaque da Região Norte, do projeto e experiência exitosa *“DO RIBEIRINHO AO URBANO NA CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA”* (Figura 16). A nossa experiência foi selecionada entre as mais de 500 apresentadas na 17ª Mostra Brasil aqui tem SUS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O Projeto de Planejamento Participativo, com a realização de diversos encontros de Conferências Locais de Saúde, culminou com a Conferência Municipal de Saúde e a aprovação do Plano Municipal de Saúde do município de Manicoré/AM, quando tivemos a proposta e o pedido da população ribeirinha para a ampliação da atenção à saúde nos seus territórios. Assim, fica evidente que

o planejamento participativo comprometeu a gestão em dar respostas às demandas da sociedade.

**Figura 16:** Projeto de Manicoré premiado no 17ª Mostra Brasil “Aqui tem SUS, CONASEMS”.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2023.

## APRENDIZADOS NO TERRITÓRIO LÍQUIDO

A experiência deste projeto nos mostrou que o fazer saúde em um município localizado no coração da Amazônia, com diversas comunidades ribeirinhas de difícil acesso, que é possível chegar no longe muito longe com uma atenção de qualidade. Desse modo, a gestão municipal e os trabalhadores das eSFR produziram um cuidado essencial, quando efetivou a equidade e a integralidade da atenção à saúde às comunidades ribeirinhas.

O cenário das ações e práticas de políticas da Atenção Básica no território líquido de Manicoré nos traz muitos aprendizados, mas também nos coloca desafios para compreendermos e produzirmos mais acesso às populações ribeirinhas. Ainda precisamos qualificar os processos de Educação Permanente em Saúde, criar as condições para as ações de promoção da saúde, produzir encontros com as outras formas de cuidado intercultural e promover ações para a saúde dos trabalhadores e investimentos para o seu conforto em área. Por

fim, destacamos que uma gestão comprometida com as políticas públicas tem impactos relevantes na inclusão da população no direito à saúde e promovendo uma qualidade de vida digna para todas as pessoas.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. **Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)**. Recuperado de <https://aps.saude.gov.br/ape/esfr>
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. **PORTARIA NO 837, DE 9 DE MAIO DE 2014**. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837\\_09\\_05\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html)
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Recuperado de <https://cnes.datasus.gov.br/>
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Recuperado de <https://sisab.saude.gov.br/>
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acessado em 15 de fevereiro de 2019.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **PORTARIA NO 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Schweickardt, J. C. (2011). **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 344p.
- Schweickardt, J. C. & Martins, L. R. (2017). História das políticas de saúde no Amazonas: da Zona Franca ao SUS, 1967-1990. Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lima, R. T. S. & Kadri, M. R. **História e política pública de saúde na Amazônia**. Porto Alegre: Rede Unida, 19-42.

# A estruturação da assistência farmacêutica no município de Manicoré



**Raíza Brito Campos**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Manoel Cetauro Da Fonseca Júnior**  
**Sabrina Araújo de Melo**



## INTRODUÇÃO

**A** utilização de indicadores de assistência à saúde e assistência farmacêutica em diferentes países expandiu-se desde as últimas décadas do século XX. Estes indicadores por sua vez, possuem como objetivo principal verificar o desempenho de sistemas de saúde. No Brasil, esse crescimento vem sendo movido pela dinâmica de expansão de serviços de saúde, assim como nas demandas de seus usuários e da administração, e pela implementação de políticas públicas de saúde (Costa & Nascimento, 2012).

No Brasil, segundo a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) em seu Art. 6º, o Estado deve garantir os serviços de saúde a toda população e fornecer tratamento, inclusive medicamentos. Para isso, o acesso da população aos medicamentos e o uso correto requerem serviços estruturados para a orientação adequada e conseqüente resolução de problemas. Nesse contexto, a gestão de medicamentos na rede pública de saúde tem sido um desafio devido à complexidade da área. Para resolução de tal situação, várias medidas têm sido implementadas para promover a disponibilidade de medicamentos, tendo em vista estes serem entendidos como uma importante estratégia para a recuperação da saúde dos usuários (Dias, 2013).

A avaliação e controle de medicamentos na Assistência Farmacêutica (AF) vem sendo dificultada pela falta de mecanismos eficazes que impedem a verificação das necessidades reais refletidas na demanda da rede pública. Nesse contexto, o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde para contribuir no monitoramento e planejamento da AF, bem como na otimização da aplicação de recursos financeiros e, por fim, na qualificação da atenção à saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, o acesso aos medicamentos tem uma política abrangente e tem uma preocupação pela gratuidade e universalidade à população. Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME) no Ministério da Saúde, em 1998, foi implantada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e, em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Brasil, 2007). Essas ações políticas e organizacionais têm impulsionado avanços significativos no campo da AF no serviço público de saúde, que avançou com maior vigor desde a publicação da PNM, em 1998, que estabeleceu a reorganização desse serviço no sistema público de saúde e a responsabilidade compartilhada pela implementação pelos três entes federativos (Dias, 2013).

Em dezembro de 2009, no IV Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, em Brasília, foi lançado o HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, uma tecnologia inovadora para gerenciar a assistência farmacêutica. O HÓRUS é oferecido gratuitamente aos municípios e estados com base na manifestação espontânea do gestor de saúde local. Este software foi desenvolvido em plataforma online que permite a integração de informações gerenciais e assistenciais realizadas nas farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico do SUS, no âmbito municipal e estadual. O sistema faz parte do banco de dados nacional de atividades e serviços do de assistência farmacêutica do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 271/2012 (Dias, 2013).

O Hórus foi uma inovação tecnológica que permitiu que a assistência farmacêutica fosse administrada a partir de uma base nacional de dados das ações e serviços da AF no SUS, sendo possível a definição e pactuação de indicadores nacionais e produzindo evidências sobre a situação da PNAF e suas tendências. A AF na Atenção Básica (AB) é entendida como primordial devido ao nível de atenção territorial e descentralizado (Dias, 2013). A AB tem uma atenção complexa porque se trata da vida das pessoas no seu cotidiano.

Os estabelecimentos de saúde solicitam as suas demandas de medicação por meio do sistema, permitindo o registro das movimentações entre os es-

tabelecimentos. Estes registros facilitam a programação das aquisições de acordo com o perfil de consumo de cada estabelecimento, sendo os medicamentos transferidos às Farmácias acompanhados de todas as informações registradas na CAF. Nas Farmácias, durante a dispensação aos usuários, são registrados no sistema os dados referentes ao estabelecimento onde foi realizado o atendimento, o nome do prescritor, o tratamento proposto, os medicamentos efetivamente dispensados e os dados do usuário atendido.

O cadastro dos usuários é nacional, podendo ser acessado em qualquer estabelecimento onde o HÓRUS esteja implantado. Este cadastro é realizado pelo profissional durante o atendimento e as informações cadastrais podem ser transferidas diretamente da base do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Ao final da dispensação, o operador pode emitir um boleto para ser entregue ao cidadão, no qual estão disponíveis a data, o horário e o nome do profissional atendente, os medicamentos dispensados e respectivas quantidades, lotes, validades e custos, além dos medicamentos não dispensados e as datas das próximas dispensações, no caso de medicamentos de uso prolongado.

Diante do exposto, concluímos que o HÓRUS - Básico possui o potencial necessário para apoiar a melhoria das ações da Assistência Farmacêutica, em suas diversas etapas, no município. Ou seja, pode contribuir tanto para as ações relacionadas ao processo de gestão, que envolve o planejamento para a aquisição dos medicamentos e a logística de sua distribuição na rede de atenção à saúde, quanto para a realização de procedimentos assistenciais, na dispensação dos medicamentos aos usuários. Desta forma, podemos afirmar que o HÓRUS – Básico constitui um instrumento estratégico a serviço da resolutividade das ações de atenção à saúde, seja no sentido de dispor do medicamento no tempo eficaz, quanto da orientação farmacêutica prestada.

O Ministério da Saúde possui interesse em criar um banco de dados para coleta e processamento de informações relacionadas à assistência farmacêutica, por meio da transmissão de dados por diversos sistemas de informação utilizados pelos municípios, inclusive pelo auxílio do HÓRUS. Nesse sentido, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) para assistência farmacêutica foi lançado com o objetivo de promover o aprimoramento, a implementação e a integração sistemática das funções da AF nas iniciativas e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, abrangente, segura, responsável e humana. O Programa possui como uma das diretrizes: *“favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de informações, que permitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da AF, assim como o planejamento, programação, monitorização, a divulgações de informações e avaliação e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica”*, ordenada pelo EIXO INFORMAÇÃO (Dias, 2013).

Com o uso regular e cumprindo todos os requisitos do Sistema Hórus, o município é contemplado com o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), instituído por meio da Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF às ações e aos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população brasileira (Ipea, 2012).

Dividido em quatro eixos, o QUALIFAR-SUS preconiza ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos (Eixo Estrutura). O repasse destes recursos por meio do programa auxilia os municípios na estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, e o principal benefício para a população é a melhoria da qualidade do acesso a medicamentos (Brasil, 2016).

No conjunto das iniciativas de melhoria das condições de saúde, por meio de políticas farmacêuticas, reconhecemos a relevância da institucionalização recente, no âmbito do SUS, do primeiro QUALIFAR-SUS. Nesse programa, o medicamento e a tecnologia caracterizam-se como parte das ações de qualificação da Assistência Farmacêutica, tendo como foco o cuidado, a saúde e o cidadão. Portanto, o QUALIFAR-SUS sendo cumprido seus requisitos os municípios são contemplados com o recurso Eixo Estrutura dividido em 4 parcelas durante o ano (Brasil, 2016).

As desigualdades sociais e econômicas somadas à gestão ineficiente de recursos financeiros, à prescrição e à utilização não racional dos medicamentos ainda determinam restrições ao acesso, comprometendo a saúde da população. Por outro lado, em locais onde os medicamentos são inconstantes ou reduzidos, o acompanhamento do uso do medicamento pode não ser uma prática no serviço, uma vez que não há presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias do SUS. Assim, a questão de acesso não é um problema, mas talvez seja o excesso do acesso. Há de se considerar a ocorrência de intoxicações medicamentosas, os riscos quanto ao uso incorreto de medicamentos, a ocorrência de reações adversas e, conseqüentemente, aumento de insucesso terapêutico, são os chamados Problemas Relacionados a Medicamentos. O presente trabalho traz um relato de experiência da estruturação da AF, utilização dos recursos e implantação do sistema Hórus do município de Manicoré, demonstrando as vantagens e as dificuldades enfrentadas.



## ACÇÕES DESENVOLVIDAS PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA HÓRUS EM MANICORÉ

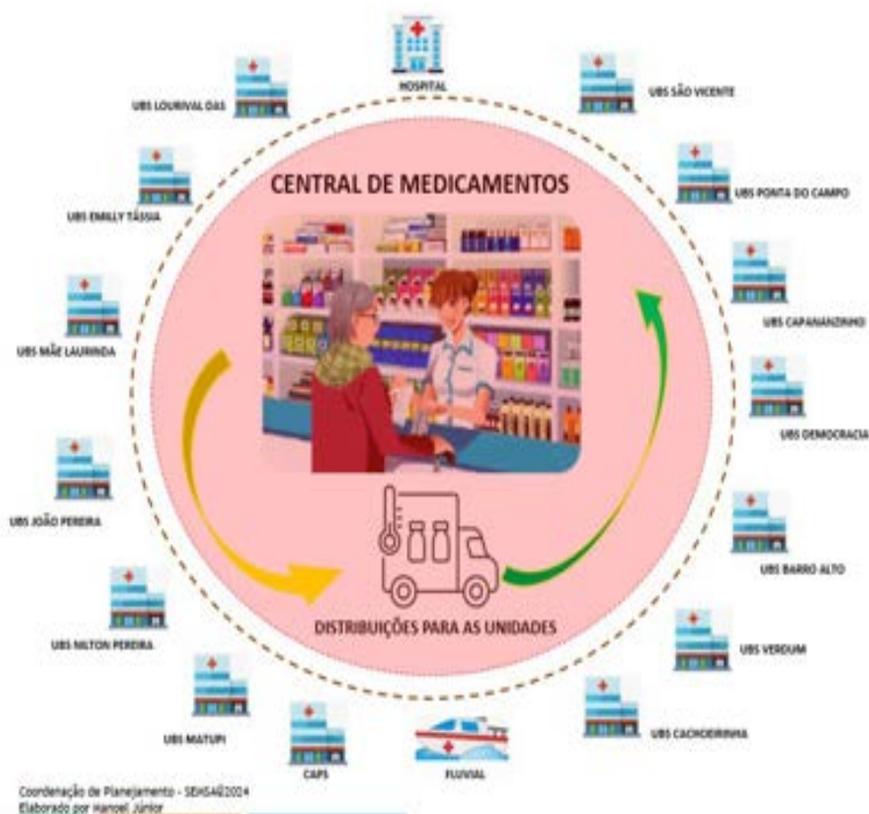
O município de Manicoré é uma cidade localizada no interior do estado do Amazonas, Região Norte do país, pertencente ao Sul Amazonense e microrregião do rio Madeira, com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) de 59.225 habitantes. Na sede do município possui cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Hospital de Média Complexidade, um Centro de Atenção Psicossocial. Na Zona Ribeirinha possui seis Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Uma Unidade de Saúde da Família Fluvial (eSFF), possuindo ainda no Distrito de Santo Antônio do Matupi no KM180 localizada na Rodovia BR230 Transamazônica duas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As Unidades são abastecidas por uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) na sede do município (Figura 01). Os farmacêuticos são empenhados na estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, elaborando estratégias para racionalizar o uso de medicamentos, padronizando condutas para melhorar a gestão dos recursos financeiros empregados e evitar perdas desnecessárias.

O município de Manicoré foi inscrito no programa QUALIFAR-SUS no ano de 2017, tendo sua Portaria nº 229 divulgada em 31 de janeiro de 2018, porém sem a implantação do sistema Hórus. A partir do ano de 2021, a gestão municipal iniciou os investimentos na AF e realizou a contratação e atualização do quadro de profissionais, sendo 3 (três) farmacêuticas distribuídas nas unidades de saúde do município.

A estruturação da CAF e das farmácias das UBS se deu do seguinte modo: aquisição de computadores com conectividade, capacitação da equipe e implantação do sistema Hórus na CAF, bem como demais investimentos na estrutura física na Central de Medicamentos e demais farmácias das Unidades Básicas de Saúde do município que receberam reformas (Figura 02).

**Figura 01:** Fluxo de distribuição de medicamentos pela Central de Abastecimento Farmacêutico para as Unidade Básicas de Saúde do Município de Manicoré.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

A estruturação da Assistência Farmacêutica inicialmente colaborou com a organização e normatização no âmbito municipal. Por meio do estabelecimento e controle nos processos de trabalho da CAF foi possível nortear os investimentos em medicamentos. Os resultados obtidos foram significativos, tais como: a implantação do sistema Hórus, ainda que somente na CAF, trouxe resultados consideráveis para a Atenção Básica como redução do consumo de medicamentos e redução de medicamentos vencidos.

**Figura 02:** Fluxograma de implantação do Hórus no município de Manicoré/AM.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

Além disso, houve a otimização do tempo dos farmacêuticos; melhorias no controle de estoque que antes era organizado em planilhas do Excel; avanços na parte do sistema de distribuição e dispensação pelas UBS, uma vez que esse processo foi agilizado diminuindo a espera por parte do usuário para retirar a medicação; melhoria na captação de recursos financeiros para a AF de acordo com o histórico de dispensação; melhorias na infraestrutura das UBS com a maior disponibilidade de recursos financeiros; melhor controle na dispensação de medicamentos controlados.

Apesar dessas conquistas, algumas dificuldades foram identificadas após implantação do sistema, como: problemas relacionados à internet, tendo em vista a indisponibilidade em algumas UBS e o programa só funcionar com a mesma; emissão de relatórios devido à limitação de horário de disponibilidade no sistema; utilização do Hórus em áreas ribeirinhas pela ausência de conexão com a internet, o que dificulta a dispensação pelo sistema e este é realizado de forma manual (Figura 03).

**Figura 03:** Dispensação de medicamentos para os pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Fluvial Nossa Senhora das Dores.



**Fonte:** Arquivo Raíza Brito Campos, 2023.

Os benefícios referentes à implantação do sistema Hórus foram facilmente percebidos no município de Manicoré, tendo em vista que todo o controle era realizado por fichas de prateleiras, tabelas do Excel e Livros de Registros Específicos. As dificuldades também são encontradas em outros municípios: o sistema Hórus é utilizado em plataforma on-line, dificultando sua implantação em locais com problemas de conectividade.

Assim, algumas sugestões para o aprimoramento do sistema em regiões de difícil acesso da Amazônia, como é o caso do município de Manicoré: que o Hórus funcionasse em plataforma off-line, com a possibilidade de atualização em lote de dados ao banco de dados central; definição de padrões de informação como a fonte de financiamento no momento da entrada de notas fiscais no módulo do Almoxarifado, assim como a informação quanto à origem da receita médica no módulo da dispensação ao paciente; verificar a possibilidade de estabelecer um termo de responsabilidade para uso do

sistema Hórus quando o usuário recebe login e senha e/ ou na renovação da senha; possibilidade que o módulo Almojarifado tenha acesso aos relatórios de estoque das unidades; criação de um QR CODE e /ou código de barras EAN para tornar mais ágil a movimentação de estoque e diminuir erros de lançamento. Frequentemente, o sistema apresenta lentidão no tempo de processamento das informações enviadas, o que colabora com a morosidade no atendimento.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do município de Manicoré nas ações de estruturação dos serviços da Assistência Farmacêutica demonstra que tal força de trabalho e capacidade técnica devem ser utilizadas, tendo em vista a distância entre a demanda e a oferta de serviços de saúde na rede pública. Uma questão importante, é que podemos contar com o apoio da gestão para equacionar os problemas vivenciados pelo SUS, além da contribuição na transformação da realidade da saúde pública. A estruturação dos serviços da AF demonstrou melhorias significativas principalmente a respeito da disponibilidade de medicamentos aos usuários, na organização de dispensação e na racionalidade e captação de recursos financeiros para investimentos na área e consequentemente na transformação da saúde pública num município localizado nas barancas do rio Madeira, com uma extensa área ribeirinha e rural.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – CONASS/Brasília.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.214 de 13 de junho de 2012.** Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **QUALIFICARSUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica.** Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus\\_programa\\_nacional\\_qualificacao\\_farmaceutica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmaceutica.pdf)

Costa, K. S., & Nascimento, J. M. (2012). Hórus: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 46.

Dias, K. E. (2013). **A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS-Uma proposta de ações para auxiliar esse processo.**

Ipea. (2012). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2012 - **Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR/SUS)**. Recuperado de <https://catalogo.ipea.gov.br/politica/624/programa-nacional-de-qualificacao-da-assistencia-farmaceutica-qualifarsus#:~:text=2%C2%BA%20O%20QUALIFAR%2DSUS%20tem,integral%2C%20segura%20respons%C3%A1vel%20e%20humanizada>.



# Estratégias das equipes de saúde para o aumento da cobertura vacinal na população menor de um ano no município de Manicoré



**Josely Maria Brandão Colares**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Liliane da Silva Soares**  
**Mariles da Silva Bentes**  
**Alexsandro Felix de Oliveira**  
**Sabrina Araújo de Melo**  
**Adriana Lopes Elias**



## INTRODUÇÃO

**A**vacinação é uma das maiores conquistas da saúde pública mundial, sendo considerada a estratégia mais efetiva e segura para promoção, proteção e prevenção das doenças imunopreveníveis, com melhor custo-efetividade (Costa *et al.*, 2022).

A criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, ocorreu em um contexto de enfrentamento e controle das principais doenças infectocontagiosas da época: sarampo, poliomielite, tuberculose, tétano, difteria e coqueluche que acometiam a população brasileira e na sustentabilidade da erradicação da varíola (Araújo *et al.*, 2022; Koehler & Santos, 2017), tinha como objetivo coordenar e sistematizar as ações de vacinação, até então, essas iniciativas se

caracterizavam por um caráter episódico, por meio de campanhas pontuais e com reduzido alcance de cobertura (Temporão, 2003).

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta 19 vacinas de rotina recomendadas à população, desde o nascimento até a terceira idade e distribuídas gratuitamente nos postos de vacinação da rede pública (Brasil, 2023). Além do calendário básico, há calendários especiais para populações com maior vulnerabilidade, tais como indígenas e pessoas com condições especiais de saúde, sendo atendidos esses últimos nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) (Brasil, 2017).

O PNI acumula muitas experiências exitosas e avanços, mas nos últimos anos tem sofrido obstáculos e redução progressiva de suas coberturas vacinais, sendo observado pela baixa adesão à vacinação influenciado por ideologia, crenças, religião, fake News, movimentos antivacinas, o que gera a hesitação vacinal e coloca em xeque a sua importância (Lachtim *et al.*, 2021). Outro desafio, se deve ao desconhecimento, pois, à proporção que as pessoas não convivem mais com mortes e incapacidades ocasionadas pelas doenças imunopreveníveis, minimiza-se a percepção do risco que essas doenças representam para sua própria saúde, para os membros de sua família, e para a comunidade, assim como, o medo dos eventos adversos e divulgações de informações falsas sobre os imunobiológicos (Domingues *et al.*, 2019).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Brasil é o precursor da junção de diversas vacinas no calendário do SUS, sendo um dos poucos países no mundo que oferecem de maneira universal um extenso elenco completo de imunobiológicos. Apesar disso, a elevada cobertura vacinal, que sempre foi um marco do PNI, sofre declínio nos últimos anos. Tendo como exemplo a baixa adesão nas campanhas vacinais por tipos de imunobiológicos, principalmente em crianças <1 (um) ano de idade e adultos (CONASS, 2017).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi demonstrar as estratégias realizadas pelas equipes de saúde do município de Manicoré/AM para o aumento da cobertura vacinal em crianças menores de um ano, assim como em adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas.

A cobertura vacinal é o indicador que estima a proporção da população alvo vacinada e supostamente protegida contra determinadas doenças (Brasil, 2014). Nesse contexto, é importante que haja estratégias voltadas para o alcance da cobertura vacinal no município, principalmente em áreas de difícil acesso, como as comunidades ribeirinhas. Sendo assim, as ações realizadas para proporcionar o aumento da vacinação em crianças menores de um ano são de suma importância, tendo em vista, a prevenção e promoção da saúde.

## AÇÕES DE VACINAÇÃO PARA O AUMENTO DA COBERTURA VACINAL

Desde 2021, adotamos algumas estratégias para mobilizar e aumentar a cobertura vacinal no município, principalmente referente as vacinas: Pentavalente, Tríplice Viral (D1), Poliomielite (VIP) e Pneumocócica 10 - valente (conjugada) que fazem parte do esquema vacinal em menores de 1 (um) ano. As estratégias adotadas foram: a vacinação porta a porta com o objetivo de ampliar o acesso e reduzir a distância entre a oferta de imunobiológicos e a população para alcançar o maior número de indivíduos; a capacitação de profissionais de saúde para administrar de forma correta e eficaz os esquemas vacinais na população; realizado treinamento para qualificação dos dados vacinais relacionados ao preenchimento correto da caderneta de vacinação e inserção adequada de dados no sistema de informação; ademais, foram realizadas oficinas e a busca ativa de crianças em áreas ribeirinhas de difícil acesso e a divulgação das ações realizadas em mídias sociais.

Das estratégias adotadas, a que surtiu mais efeito foi a porta a porta, por meio da busca ativa, ou seja, levando a vacinação até a população, conseguimos avançar de 24% em 2021 para 76% em 2022, nos primeiros dois anos de implementação das ações, de acordo com os dados do Previne Brasil. No primeiro quadrimestre de 2023 é possível observar a manutenção da ampliação do indicador para 81% na cobertura vacinal (Gráfico 01).

**Gráfico 01:** Evolução do Indicador 5 - Proporção de Crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na Atenção Primária a Saúde (APS) contra Difteria, tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por hemophilus influenza e tip b e Poliomielite inativada.



Fonte: Previne Brasil, 2023.

Em relação a estratégia de capacitação dos profissionais, observamos melhora significativa no cadastro do sistema de Prontuário Eletrônico (PEC), principalmente das crianças menores de um ano, onde aconteciam falhas com maior frequência, como por exemplo ausência de registros de informações realizadas pelos profissionais no momento do cadastro, ocasionando a não migração das vacinas realizadas no sistema, isso por sua vez, era um grande problema para o alcance dos indicadores. Utilizamos múltiplas estratégias de comunicação e educação em saúde, ações de divulgação através de mídias audiovisuais nas redes sociais por meio de podcasts, carros volantes e distribuição para todos os profissionais de saúde do Kit “*Imuniza Manicoré*” com intuito de divulgar a importância da vacinação. Além disso, foi realizado o curso “*Aprendendo a ser Vacinador*”, cujo objetivo foi capacitar os profissionais da saúde para atuarem em salas de vacina (Figuras 01 e 02), e treinamento sobre orientações de preenchimento correto da caderneta de vacinação (Figura 03) para desenvolver as estratégias de vacinação nas áreas ribeirinhas. Essas ações repercutiram positivamente, aumentando a procura dos usuários pela vacinação e melhorando os indicadores de saúde do município.

**Figura 01:** Capacitação dos Técnicos de Enfermagem para atuarem em sala de vacina.



Fonte: Arquivo pessoal de Josely.

**Figura 02:** Capacitação dos Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros para atuarem em sala de vacina.



**Fonte:** Arquivo pessoal de Josely.

**Figura 03:** Orientações para enfermeiros, técnicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o Censo Vacinal e o preenchimento correto da caderneta de vacina.



**Fonte:** Arquivo pessoal de Josely, 2023.

Destacam-se as ações de saúde na área ribeirinha, que foi realizada na Comunidade de Nazaré (Distrito do Capanazinho), oficinas de educação e comunicação em saúde realizadas por meio do Projeto Amazônia Solidária, realizada pelo Dr. Júlio Schweickardt em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia (Figuras 04 e 05). As oficinas foram realizadas em dois períodos na comunidade, nos dias 17 e 18 de março e no dia 24 de maio de 2023, com envolvimento de comunitários, profissionais de saúde e líderes das comunidades do Distrito. Essa oficina foi desenvolvida com o objetivo de identificar fatores que impactam no aumento da cobertura vacinal nos territórios e levantar estratégias, por meio da participação social e metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS) para melhorar a comunicação e divulgação científica a partir dos atores sociais e institucionais da comunidade.

Durante as oficinas do Projeto Amazônia Solidária foi realizado um levantamento com representantes de comunidades locais com intuito de identificar as dificuldades encontradas pelos comunitários em relação ao acesso a vacinação e outras questões de saúde pública. Houve a participação dos comunitários nas reuniões de orientações das atividades, os quais mostraram apoio no planejamento das atividades de vacinação a serem executadas no distrito. Assim como, articulação com os atores estratégicos para adesão ao projeto, além da atuação na mobilização dos comunitários e profissionais de saúde das comunidades para participação nas oficinas e monitoramento da cobertura vacinal no território. Ademais, os comunitários atuaram de forma complementar na elaboração e difusão das estratégias de comunicação sobre a importância da vacinação.

**Figura 04.** Oficina do Projeto Amazônia Solidária em parceria com a Fiocruz Amazônia, realizada na Comunidade de Nazaré (Distrito do Capanazinho) em maio de 2023.



**Fonte:** Arquivo pessoal de Josely, 2023.

**Figura 05.** Oficina do Projeto Amazônia Solidária na comunidade ribeirinha.



**Fonte:** Arquivo pessoal de Josely, 2023.

O projeto fortaleceu ainda mais as ações de saúde nas áreas ribeirinhas, melhorando e estimulando a busca ativa de crianças menores de um ano de idade e adultos com o objetivo de vacinar e conseqüentemente aumentar a cobertura vacinal nessas áreas (Figuras 06 e 07).

**Figura 06:** Vacinação de crianças e adultos nas áreas ribeirinhas.



**Fonte:** Arquivo pessoal de Josely, 2023.

**Figura 07:** Vacinação de crianças e adultos nas áreas ribeirinhas.

Fonte: Arquivo pessoal de Josely, 2023.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacinação é uma ação capilarizada no âmbito da atenção primária à saúde e alcança um maior número de pessoas, sendo parte fundamental do SUS, pois se consolidou como garantia de acesso universal e igualitário à saúde, no entanto, vem sendo desafiado a reverter retrocessos que impactaram as coberturas vacinais do maior programa público de imunizações no mundo, principalmente no período pós-pandemia da COVID-19, quando observamos uma diminuição na procura por vacinas e aumento de fake News, o que favoreceu a baixa cobertura vacinal. Neste trabalho, mostramos as estratégias adotadas para o enfrentamento das dificuldades nos territórios de saúde da Amazônia, de forma a melhorar a cobertura vacinal da população no município de Manicoré/AM, sobretudo em crianças menores de 1 (um) ano e indivíduos que vivem nas áreas ribeirinhas e de difícil acesso. A partir da junção de esforços da sociedade, das instituições públicas, do conhecimento científico e do saber e fazer das pessoas

que vivem nos territórios de saúde esperamos nos próximos anos alcançar a meta de 100% na cobertura vacinal e assim contribuir para uma saúde pública de excelência para todos.



## REFERÊNCIAS

- Araújo, G. M., Silva, D. C. G. da, Carneiro, T. A., Neves, W. C., & Barbosa, J. de S. P. (2022). A importância da vacinação como promoção e prevenção de doenças: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 19, e10547. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e10547.2022>
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Consulta, Calendário de vacinação, Adulto/idoso, adolescente e criança. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br>. Acesso em: 7 mar. 2024.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [Internet]**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://sbim.org.br/images/calendarios/manual-centros-referencia\\_imunobiologicos-especiais-5ed-web.pdf](https://sbim.org.br/images/calendarios/manual-centros-referencia_imunobiologicos-especiais-5ed-web.pdf). Acesso em: 7 mar. 2024.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>
- Costa, P., Santos, P., & Vieira, L. (2022). **Estratégias para Aumentar a Cobertura Vacinal: Overview de Revisões Sistemáticas**. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391037/estrategias-para-aumentar-a-cobertura-vacinal-overview-de-revi\\_bs9LFL7.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391037/estrategias-para-aumentar-a-cobertura-vacinal-overview-de-revi_bs9LFL7.pdf)
- CONASS. (2017). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A queda da imunização no Brasil**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>. Acessado em: 6 de março de 2024.
- Domingues, C. M. A. S., Fantinato, F. F. S. T., Duarte, E., & Garcia, L. P. (2019). Vacina Brasil Movement and immunization training and development strategies. **In Epidemiologia e Serviços de Saude (Vol. 28, Issue 2)**. Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200024>

- Koehler, M. C., & Santos, E. P. dos. (2017). O calendário de vacinação brasileiro e as estratégias para imunização da população. **In Rede de frio: gestão, especificidades e atividades (pp. 47–78)**. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9786557080962.0004>
- Lachtim, S.A.F., Elias, A.L., Lima, K.J.V., Saavedra, R.C., & Trapé, C.A. (2021). Covid-19 e o pacto coletivo em imunização: estratégias, sucessos e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **In: Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem**. [si] Editora ABEn, p. 31–40.
- Temporão, J. G. (2003). O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, ciências, saúde – Manguinhos**. v. 10, n. suplemento 2, pág. 601–617. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000500008>



# Atenção Básica no aumento da cobertura de imunização contra Covid-19 em crianças na creche



**Claudia Neiva Araújo de Souza**  
**Vanessa Nogueira da Costa**  
**Ana Paula Azevedo Barbosa**  
**Alcicleia Ramos Sodré**  
**Zuleika Karoline dos Reis Mota**



## INTRODUÇÃO

**N**o início de 2020, o mundo sucumbiu a uma nova e aterrorizante ameaça com o advento de um vírus imprevisível e potencialmente mortal para os seres humanos. Ao redor do planeta, cientistas reavaliaram prioridades e passaram a se debruçar sobre a resposta a esse desafio em níveis local e global, especialmente na produção das vacinas. Graças a esses corajosos esforços, vivemos hoje uma realidade menos assustadora, em relação a esta enorme crise sanitária (Schweickardt *et al.*, 2022).

O Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 181 de 28 de dezembro de 2022, recomenda a vacinação contra a Covid-19 para todas as crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias). A indicação passou pela avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que deu parecer favorável à incorporação do imunizante no Sistema Único de Saúde (SUS) para essa faixa etária. A vacina contra o Covid-19 ainda causa muitas dúvidas aos usuários do SUS e quando se trata da vacina pediátrica os profissionais de saúde encontram maiores dificuldades para aplicar o imunizante. A principal barreira enfrentada pelos profissionais foram as

fake News, pelo negacionismo da ciência dão sustentação para as informações falsas sobre as vacinas, provocando desconfiância das estratégias de imunização. Esse cenário foi relativamente novo na política nacional de imunização, mais agravado quando se tratava da vacina pediátrica. Desse modo, os profissionais de saúde necessitam elaborar estratégias de informação e comunicação para desenvolver as ações de cobertura do imunizante em crianças (Brasil, 2022).

O objetivo do texto é relatar a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) João Pereira de Oliveira na Creche Mãe Carminha, por meio das ações para imunização em crianças no município de Manicoré. A ação iniciou com o convite da UBS para que a Creche realizasse o levantamento de quantitativo de crianças que não estavam imunizadas. Depois disso, foi estabelecida a data de realização da ação e, posteriormente, enviamos informativos pelas crianças solicitando que levassem a sua carteira de vacina e que se fizessem presentes juntamente com seus pais e/ou responsáveis.

Os profissionais que fizeram parte desta ação foram: Enfermeira, Técnica de Enfermagem responsável pela vacina, Agente Comunitário em Saúde (ACS), Médico e Psicólogo. A equipe foi recepcionada pelos professores e gestores da Creche. A ação ocorreu no dia 27 de julho de 2022, no período matutino e vespertino. O início se deu por meio de palestras e paródias, com ações educativas, quando os pais e profissionais fizeram trocas de experiências através de roda de conversa.

**Imagem 01:** Profissionais da eSF 02 – CENTRO juntamente com profissional de psicologia do Programa Criança Feliz (CRAS), além da gestora da Creche Mãe Carminha.



Fonte: Acervo dos autores, 2022.



## A PANDEMIA DE COVID-19 E OS DESAFIOS PARA A SAÚDE PÚBLICA

No final de 2019, na cidade de Wuhan na China foram anunciados vários casos de uma pneumonia viral motivada por uma cepa que, até então, não havia sido identificada em humanos. Após uma semana da primeira notificação, as autoridades chinesas confirmam tratar-se de um novo tipo de Coronavírus que, em fevereiro de 2020, passa a ser chamado de SARS-COV-2. Este novo vírus provoca a doença popularmente conhecida como Covid-19, que ligeiramente ganhou o nível mais alto de alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em janeiro de 2020, foi considerada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII, havendo a necessidade da tomada de decisão para medidas de segurança, com o intuito de evitar ou reduzir sua propagação mundial (Schweickardt *et al.*, 2022a).

No Brasil, o primeiro caso apresentado ocorreu em fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo, sendo o portador do vírus uma pessoa oriunda da Itália. No Amazonas, a Secretaria de Saúde admitiu o primeiro caso em março do mesmo ano, na capital Manaus, e enfatizou a importância de adequação nas medidas de monitoramento dos casos atendidos da rede de saúde do Estado (Schweickardt *et al.*, 2022a).

Considerando a confirmação do primeiro caso por Coronavírus em 13 de março de 2020, no Amazonas, houve a necessidade de adoção de medidas para evitar a circulação do vírus. O decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020 declarou emergência na saúde pública, em razão da disseminação da COVID-19, sendo instituído o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate a Covid-19 (Amazonas, 2020). Foi atualizado o Plano de Contingência Estadual, seguindo as normativas do Ministério da Saúde. O Decreto nº 42.100 de 23 de março de 2020 instituiu o estado de calamidade pública pelo novo Covid-19, sendo complementado pelo Decreto nº 42.101 que, na mesma data, determinou o fechamento de setores do comércio por 15 (quinze) dias, para atividades não essenciais e setores de serviços, como medida para evitar a circulação do vírus Covid-19 (Guedes *et al.*, 2022).

A dispersão da COVID-19 em Manaus exigiu a adoção de medidas céleres pelo poder público. Os Decretos Municipais nº 4.776,13 de março de 2020 e nº 4.806, de 14 de abril de 2020 dispuseram uma série de medidas de prevenção ao contágio tanto no âmbito dos órgãos e das entidades de Administração Pública quanto no contato com outras pessoas; deslocamentos em vias públicas; uso de qualquer meio de transporte compartilhado e compras de gêneros de primeira necessidade ou medicamentos, (Guedes *et al.*, 2022).

O Estado do Amazonas foi terrivelmente atingido pela pandemia de Covid-19, com muitas mortes, falta de leitos, falta de insumos como o oxigênio. A inconsistência política proveniente de trocas contínuas de secretários de saúde e as suposições de corrupção no setor, gerou descontinuidade de ações e estratégias para o enfrentamento da pandemia, agravando ainda mais esse quadro (Schweickardt *et al.*, 2022a).

Manaus foi conhecida como “*Paris do Trópicos*” pelas pretensões de estar mais próxima dos valores europeus do que uma cidade situada no coração da floresta amazônica. O desejo dos extratos sociais mais empoderados economicamente é que Manaus não estivesse situado nesse lugar, mas no hemisfério norte. No entanto, Manaus desde a sua origem indígena, dos Manáos, é um lugar diferenciado que precisa se identificar com ela mesma e não com o não está nesse aqui. Na pandemia não podemos nos orgulhar de ter sido o epicentro do contágio, inclusive com o “*privilégio*” de ter uma variante denominada de P1 ou variante de Manaus, posteriormente classificada pela OMS como variante Gama. Isso aconteceu por diversos motivos e gerou consequências incalculáveis para a vida das pessoas. Tivemos tempos terríveis com a crise do oxigênio, no início de 2021, com tantas mortes desnecessárias e evitáveis simplesmente porque não tinham ar, “*o que é um paradoxo com o lugar conhecido como ‘pulmão do mundo’*” (Guedes *et al.*, 2022, p. 136).

Com o avanço da pandemia, houve a necessidade de realizar processos de educação permanente aos trabalhadores da saúde porque havia muitas dúvidas em relação aos modos de enfrentar o vírus e acompanhar os usuários. Desse modo, os municípios realizaram ações de formação para os profissionais em todos os níveis de gestão do cuidado. Além disso, houve uma “*disputa enunciativa sobre a gravidade da doença permeou a ação do governo federal e repercutiu em estados e municípios, muitas vezes centrando respostas em procedimentos comprovadamente ineficazes e consentindo vazias iniciativas embasadas na ciência e nas recomendações internacionais*” (Schweickardt *et al.*, 2022, p. 16).

O município de Manicoré teve o primeiro caso de suspeita de óbito por Covid-19 foi de uma mulher, mas a família não aceitou o resultado, mesmo sendo confirmado pelo exame de laboratório. Este caso, ilustra que a negação produz resistências e controvérsias sobre os processos de vigilância e de imunização (Ferla *et al.*, 2022). Não resta dúvida, que as falas governamentais, as ações desencontradas do Ministério da Saúde no período da pandemia produziram muitos ruídos e barreiras para as ações das secretarias municipais, especialmente para o planejamento e ações do Programa Nacional de Imunização (PNI).



## AS AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO MUNICÍPIO

O município de Manicoré teve o sistema de saúde colapsado, pela capacidade de acompanhar todos os casos e dar respostas imediatas para o enfrentamento da pandemia. Porém, essa foi uma realidade do estado do Amazonas, quando os municípios dependiam dos insumos da capital ou de compras superfaturadas, do oxigênio que também faltava nos hospitais do interior. Os dados do município mostram uma grande expansão de óbitos por causas mal definidas, colocando “*Manicoré em destaque negativo em relação à região, à macrorregião e ao estado do Amazonas como um todo*” (Ferla et al., 2022, p. 159a)

Os relatos dos trabalhadores mostraram a cansaço e uma situação de estresse pela forte demanda de trabalho, mas também pela falta de informação, as orientações e materiais. O contato e o drama das pessoas infectadas, juntamente com falta de perspectivas em relação à imunização e ações efetivas de combate ao vírus, geraram um desamparo mental e psicológico. Os trabalhadores da saúde foram os mais afetados pela pandemia porque se davam conta de que seu trabalho passou a ser essencial para a vida das pessoas, mas que eles também eram pessoas e tinham família (Guedes; Simões & Schweickardt et al., 2022; Ferla et al., 2022, p. 159).



## A VACINA ENTRE AS FAKE NEWS E AS AÇÕES DE SAÚDE

As fake news sobre pandemia, vacinas e saúde pública encontram terreno fértil para se proliferar no Brasil, diante de uma população hiperconectada, mas que, na maioria das vezes, tem dificuldade de identificar entre notícias falsas ou verdadeiras. As teorias conspiratórias sobre as vacinas e a avalanche de notícias marcadamente falsas, mostra a necessidade de investimento na educação, especialmente no que se refere à comunicação científica (Galhardi et al., 2022).

O Programa Nacional de Imunização (PNI), do Ministério da Saúde (MS), é uma das políticas públicas mais exitosas no mundo, pela sua abrangência e cobertura. O Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita para todas as faixas etárias e níveis sociais. No entanto, durante da onda de notícias falsas e o negacionismo da vacina, houve uma inversão na tendência histórica de aceitação das vacinas, criando um grave problema de cobertura para vacinas com alto grau de aceitação (Galhardi et al., 2022; Schweickardt et al., 2024).

Durante a pandemia, uma a cada cinco fake news que circulam no Brasil é sobre vacinas. Notícias falsas a respeito de imunizantes, com dados estatísticos

distorcidos acerca de contágio, óbito, cura e métodos caseiros de prevenção e cura da Covid-19. O mais curioso é que as notícias falsas se utilizam de instituições científicas para reforçar a “*informação*”, como por exemplo a Fiocruz como fonte fidedigna da informação, mas que tem o objetivo deliberado de referendar um discurso negacionista (Galhardi *et al.*, 2022).

No caso da COVID-19, há uma crença popular de que as vacinas não foram suficientemente estudadas porque o seu desenvolvimento foi muito rápido, o que compromete a adesão às vacinas pela população, o que denominamos de hesitação vacinal. Desse modo, a desconfiança em relação à origem da vacina se constitui num argumento político-ideológico (Galhardi *et al.*, 2022).

Os países com um maior número de pessoas afetadas pela Covid-19, também foram os que mais produziram fake News, como Estados Unidos, Brasil e Índia. O negacionismo e a desinformação causaram desorientação dos comportamentos e produziram grandes estragos na veracidade das medidas de proteção (Schweickardt *et al.*, 2022a). Assim, a informação falsa foi uma grande barreira de acesso à vacina, não somente da Covid-19, mas para todas que as outras que compõem o calendário vacinal.

A pesquisa realizada no Amazonas, mostrou que havia a oferta frequente de conteúdo na internet, apesar dos entrevistados informarem que não confiavam nessas informações. No entanto, a grande quantidade de informações gerava a necessidade de discernir o que era verdadeiro ou falso, pois disso dependia a tomada de decisão sobre o que fazer diante da Covid-19 (Schweickardt *et al.*, 2022b).

Segundo Costa (2022), os principais temas abordados nos materiais de comunicação das prefeituras dos municípios do Amazonas versavam sobre vacinação; boletins epidemiológicos; contratação de profissionais; aquisição de materiais e insumos de saúde; orientações sobre medidas não farmacológicas (uso de máscara, higienização das mãos e não aglomeração de pessoas). Assim, observamos a necessidade de desenvolver estratégias de educação permanente e de informações de saúde nas secretarias municipais de saúde.

Tendo em vista a resistência produzida pela desinformação, trazendo consequências para a cobertura vacinal, o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), da Fiocruz Amazônia, desenvolveu um projeto de educação popular junto às comunidades ribeirinhas, quilombolas e migrantes para a produção de materiais de comunicação. O projeto foi denominado Amazônia Solidária que aconteceu em diversas comunidades do Amazonas e Acre, realizando oficinas nos territórios para discutir o território e as suas

vacinas (Schweickardt et al., 2024). O projeto aconteceu em Manicoré, na comunidade Nossa Senhora de Nazaré, Capanãzinho, onde foram desenvolvidos materiais de comunicação a partir das ideias da comunidade.



## RELATO DA EXPERIÊNCIA DA CRECHE

A ação, realizada pela equipe de saúde da UBS João Pereira de Oliveira, aconteceu na creche Mãe Carminha, no dia 27 de julho de 2022. Faziam parte da equipe os profissionais: médico, enfermeira, ACS, vacinadora e gerente. A ação fez parte de uma busca ativa das crianças menores de 3 a 5 anos de idade para realizar a vacina do Covid-19. Havia relatos de rejeição dos pais e responsáveis para a imunização das crianças, fruto da falta de conhecimento sobre a vacina para essa faixa etária. Nesse momento, as fake News estavam bem ativas nas redes sociais, provocando desinformação e resistência à vacina. Assim, surgiu a ideia de fazer ação na creche, sendo necessária uma estratégia para alcançar esse público. Não foi fácil combater as informações falsas, por isso a equipe precisou se mobilizar e planejar a ação a ser realizada com os pais e responsáveis.

Em reunião com a equipe, comentamos que depois de passar dois anos como profissional da saúde na linha de frente durante a pandemia, tinha muitas coisas na qual vivemos que deveria ser compartilhada. Foi quando resolvemos fazer uma conversa com a gestora da creche e pedir para organizar uma reunião com os pais e responsáveis das crianças. A gestora aceitou e foi marcada um dia para a realização da ação. A equipe se organizou com as vacinas e todos os profissionais que iriam participar, desde o Agente Comunitário de Saúde ao médico da equipe de saúde da família.

A equipe iniciou a apresentação com as crianças, que olhavam atentas para cada atividade. A paródia, com musiquinhas e danças, foi um momento especial de animação e interesse. Depois disso, as professoras conduziram as crianças para as suas respectivas salas, ficando somente os pais e responsáveis. Esse seria um outro momento, uma conversa muito franca com todos que estavam ali. Pedimos para que todos formassem um círculo e pegamos um pequeno banco e nos sentamos entre eles, cumprimentando com um olhar para cada um que ali se encontravam. Confessamos que nos sentimos nervosos, pois todos nos olhavam fixos, imaginando o que iríamos fazer, pois é costume fazer palestra e falar sobre o que o Covid-19 e seus modos de transmissão, sintomas e tratamento. Porém, dessa vez seria diferente.

Então, iniciamos a fala que para além de sermos gerentes e profissionais da UBS, havíamos acompanhado emergências, estando na linha de frente no

período mais difícil da pandemia. As experiências estavam vivas na memória, mas para compartilhar as nossas experiências, gostaríamos que cada pessoa compartilhasse as suas conosco. Fizemos uma pergunta para eles. *“Quem aqui de vocês perdeu alguém para o Covid-19?”* *“Um amigo, a mãe o pai ou o tio o primo, alguém que vocês amassem muito”*. Nesse momento, todos se olharam e baixaram a cabeça e ficaram pensativos. Então, começamos a falar das nossas experiências como enfermeira emergencista e as perdas que tivemos durante a pandemia do Covid-19 na sala de urgência e emergência.

Quanto foi difícil como profissional da saúde, se adaptar com tudo muito rápido devido ao caos que se estava nos hospitais de Manaus com a superlotação, não tinha leitos suficientes para todos e nem profissionais para atender às pessoas. Além disso, alguns profissionais foram afastados devido as morbidades, piorando aquilo que já estava ruim, aumentando a carga de trabalho para os poucos, gerando plantões exaustivos.

Imaginar como foi difícil para esses profissionais, com o psicológico abalado, cansados, afastados de suas famílias por medo da contaminação, dos filhos, pais, avós, esposo. Ficamos dormindo em um outro quarto, longe da família, pelo medo de contaminar, sem revelar tudo que via para não preocupar as famílias. Víamos as notícias na televisão, internet e outros meios de comunicação, as mortes de profissionais da saúde que saíam para seus plantões sem saber se retornariam para suas casas. Alguns colegas que pegaram o vírus, não retornaram para suas famílias.

Depois desse relato, ao olharmos para eles, vimos o quanto tinha mexido com o grupo, logo em seguida alguém levantou a mão e disse que queria falar que tinha perdido o tio e de como foi difícil para a família. Outros falaram de suas perdas, e com tantos relatos difíceis, veio a emoção, veio as lágrimas e percebemos que de alguma forma a pandemia deixou marcas em todos que ali estavam.

Após o depoimento de todas as pessoas, começamos a falar sobre a importância de evitarmos o sofrimento daqueles que amamos, pois estávamos diante de uma segunda chance, algo que muitos não tiveram. Que podíamos proteger nossas crianças da Covid-19 pela vacina. A equipe de saúde também fez relatos de ganhos com a vacina, e que poderíamos sonhar com um mundo em que poderemos apertar as mãos e abraçar uns a outros novamente.

Depois do relato de todos, o psicólogo que acompanhava a equipe, fez o encerramento da roda de conversa. A equipe foi para uma sala que estava reservada para a vacina, enquanto os pais se dirigiram para as salas de aula onde



seus filhos estavam e vinham em direção da sala de vacinação, formando uma fila para vacinar suas crianças. As crianças pousavam para fotos com plaquinhas de heroísmo e, assim, se deu o resto daquela manhã 27 de julho de 2022, quando na Creche Mãe Carminha foram vacinadas 59 crianças, sendo 40 crianças de idade de 03 a 04 anos, com o imunizante SINOVAC e 19 criança de até 05 anos com dose de vacina PFIZER. O número foi bem considerável diante do que vinha acontecendo nas salas de vacina das UBS do município se Manicoré.

**Imagem 02:** Alunos e seus responsáveis na Creche Mãe Carminha aguardando sua vez para entrar na sala de vacinação.



**Fonte:** Acervo dos autores, 2022.

Compareceram à Creche, 149 pais e/ou responsáveis e 75 crianças, destas, 16 foram excluídas pois já haviam recebido a vacina ou não estavam na idade para receber o imunizante. Diante desta ação desenvolvida na Creche Mãe Carminha, podemos demonstrar que através da educação em saúde, estabelecemos vínculo entre usuários e profissionais de saúde, para que se sentissem confiantes em ouvir nossas orientações, trocar experiência entre ambas as partes. Desse modo, conseguimos melhorar a cobertura de vacinação de imunizante de Covid-19 para crianças do município.

Depois dessa primeira ação da vacina da Covid-19 para as crianças de 03 e 04 anos, a equipe percebeu que a estratégia foi eficiente e conversamos com a

gestora e professores para continuarmos com a vacina das crianças. A gestora disse que estaria à nossa disposição. Foi realizado o retorno para o dia 29 de agosto de 2022 para a segunda dose da vacina do Covid-19 das crianças. Além disso, foi realizada a atualização da caderneta de outras vacinas de rotina. A partir daí, a UBS João Pereira de Oliveira segue com a parceria com a Creche Mãe Carminha, realizando outras ações de saúde.

A experiência nos mostrou que quando há planejamento e um trabalho de equipe, o resultado é surpreendente. O compartilhamento dessas experiências com outros, gera transformação de vidas, assim como aumenta o compromisso dos profissionais e trabalhadores da saúde no município. Por fim, conquistamos uma grande aliada que foi a Creche Mãe Carminha, que abriu as portas para realizar outras ações.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde se constituiu num dispositivo importante para o cuidado em saúde no período da pandemia de Covid-19, mostrando sua potencialidade no contexto de uma crise sanitária. As recomendações preventivas para a população foi o distanciamento e o isolamento social, mas os usuários continuavam a necessitar de cuidados e informados sobre as estratégias dos serviços. Portanto, a produção do cuidado no período da pandemia, também aconteceu com a educação em saúde, se constituindo numa ferramenta muito potente para enfrentar o cenário de tantas desinformações (Ceccon & Schneider, 2020).

Depois do mundo sucumbir numa pandemia como a da Covid-19, quando muitas pessoas perderam suas vidas e muitas famílias choraram por seus entes queridos, foi possível chegarmos à valorização das vacinas como uma estratégia eficaz de combate à pandemia. Assim, quando protegemos as crianças com a vacina, garantimos a proteção de toda a população.

Depositamos nossas esperanças nas vacinas, pois entendemos que só assim podemos controlar a doença e suas consequências para a vida das pessoas. Apesar de tantas fakes News sobre as vacinas, as pessoas constataram, com o tempo, a sua eficácia e o verdadeiro significado de estar imunizado.

Depois da roda de conversa com pais e responsáveis era visível a satisfação pelo fato de as crianças estarem imunizados. No entanto, isso somente é possível quando as pessoas entendem a importância da vacina da Covid-19 para a proteção das crianças. Assim, o processo educativo acolhedor e dialógico traz resultados importantes para a cobertura vacinal, mas, antes de tudo, produz mais vida e esperança para a equipe e famílias.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde incorpora vacina Covid-19 para crianças de 6 meses a menores de 5 anos no SUS.** <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/ministerio-da-saude-incorpora-vacina-covid-19-para-criancas-de-6-meses-a-menores-de-5-anos-no-sus>
- Ceccon, F. R., & Schneider, J. C. (2020). Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Preprints**; 2020. DOI: 10.1590/scielopreprints.136.
- Costa, G. (2022). Estratégias de comunicação adotadas em municípios do Amazonas durante a pandemia de COVID-19. In: Schweickardt, J. C.; Ferla, A. A.; Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S. (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).
- Ferla, A.A., Santos, I.C.P.M, Schweickardt, K. H. S. C., Cappellari, A. P., Moreira, M. A., & Schweickardt, J.C. (2022). A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19. In: Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N., & Reis, A. E. S. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).
- Galhardi, C. P., Freire, N. P., Fagundes, M. C. M., Minayo, M. C. D. S., & Cunha, I. C. K. O. (2022). Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27, 1849-1858.
- Guedes, T. R. O. N., Simões, A. L., Schweickardt, J.C., Santos, I. C. P. A. M., & Araujo, T. A. (2022). Efeitos da Covid 19 sobre a força de trabalho no Brasil, destacando as ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia. In: Valda, F.; Viegas, P.; Duraes, M.; Gosch, C.; Cosac, A. S.; Ferla, A. A. **A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano.** Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.
- Guedes, T. R. O. N., Simões, A. L., Santos, I. C. P. A. M., Elias, A. L.; Costa, G. D. F., Feichas, N. L.C., Oliveira, J. M., & Schweickardt, J.C. (2022). Situação de saúde e ações de enfrentamento à COVID-19 na Manaus dos trópicos. Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N., & Reis,

A. E. S. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N., & Reis, A. E. S. (2022a). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 18).

Schweickardt, J.C, Ferla, A. A., Guedes T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M., Lemos, S. M., & Reis, A. E. S. (org.). (2022b). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos.** ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9.

Schweickardt, J.C, Guedes T. R. O. N., Santos, G. R., Elias, A. L., Cardoso, V. R., & Freitas, J. M. B. (2024). **Amazônia solidária: educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos/–** 1. ed. --Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.



# Desafios e conquistas na atuação da Estratégia de Saúde da Família: um olhar sobre a implantação da eSFR de Democracia



**Matheus Breno da Silva Gima**  
**Alex Sandra Lima**  
**Matheus Rego Pinto**  
**Vanessa Colares Magalhães Alves**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Júlio César Schweickardt**



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da lei 8080 de 19 de setembro de 1990, é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Ele foi criado para garantir que todo brasileiro conte com acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde de todas as complexidades. A Atenção Básica (AB) tem sido apontada como uma estratégia essencial para enfrentar os desafios, principalmente na região Amazônica. É composta por ações de saúde individuais, familiares e coletivas que incorporam a promoção, prevenção e proteção. Além disso, abrange o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. As práticas do cuidado integrado e gestão qualificada são realizadas por meio de uma equipe multiprofissional, com foco na população de um território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Schweickardt, Kadri & Lima (2019) comentam que a AB é o lugar do complexo, onde a vida acontece em toda a sua intensidade e vitalidade. Não sig-

nifica que é uma política voltada para atender os pobres, mas uma atenção voltada para a integralidade e equidade que conversa com o território de vida de todas as pessoas e seus vários modos de organização e dar significado às suas práticas e atuações.

Foi com essa premissa que a Prefeitura de Manicoré/AM, por meio da (SEMSA), iniciou um projeto desafiador: A implantação de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) município de Manicoré/AM. Assim, neste capítulo, vamos contar a história da implantação, os desafios e os resultados para levar os serviços de saúde às comunidades do polo de Democracia.



## COMUNIDADES RIBEIRINHAS: SABERES E HABILIDADES

O amparo do conceito de povos e comunidades tradicionais é encontrado na Política Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), promulgada no Brasil em 2007, por meio do Decreto n. 6040, de 07 de fevereiro de 2007. Segundo essa política, esses grupos são definidos como *"grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tais"*. Além disso, eles possuem formas distintas de organização social, ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como elementos essenciais para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica. Esses povos baseiam-se em conhecimentos, inovações e práticas geradas e transmitidas pela tradição (Silva, 2007).

Os conhecimentos tradicionais dos ribeirinhos sobre a natureza, a medicina natural e os ciclos da vida são de grande valor para a humanidade. A preservação de sua cultura e modo de vida é fundamental para a diversidade cultural da Amazônia e para o desenvolvimento sustentável da região.

Segundo Lira & Chaves (2016), os ribeirinhos são destacados como uma população tradicional na Amazônia, evidenciando sua singularidade na comunicação, representação de lugares e experiências temporais, especialmente na interação com a natureza. A autora destaca a importância desse grupo, identificando os ribeirinhos como agentes sociais cujos sistemas classificatórios da fauna e flora contribuem significativamente para um extenso patrimônio cultural. Tendo por base os autores acima citados, temos compreensão de que as comunidades tradicionais, na Amazônia, possuem *"um modelo particular de gestão dos recursos naturais e de organização social"* (Chaves, 2001, p. 77).

Schweickardt, Lima & Ferla (2021) falam do ribeirinho como uma categoria social, que referencia indivíduos que habitam as margens de rios, lagos, igarapés ou paranás. Mas, a concepção de ribeirinho, não se limita apenas a um



espaço geográfico e físico, porém pode ser definida pela maneira como a água faz a mediação da vida dessas pessoas. Em geral, essa população, vive em comunidades próximas ao complexo de águas da Amazônia. O regime das águas e o ciclo hidrológico influenciam o modo de vida dessa população. Segundo Cruz (1999, p. 04), *“rio e ribeirão são partes de um todo. Se o rio oferece os seus alimentos, fertiliza as suas margens no subir e baixar das águas”*.

Restringindo um pouco mais o cenário Amazônico, observamos isso no município de Manicoré. Em sua grande maioria, as comunidades ribeirinhas do nosso município têm como modo de subsistência, a agricultura. Dessa forma, esse período de cheia e seca influencia diretamente no seu estilo de vida.

Dentro da população ribeirinha, temos atores que se evidenciam nas práticas de cuidado tradicional. Dentro do seu território, executam um papel importante nas práticas e promoções de saúde. Dentre esses atores que praticam esses cuidados, estão: as parteiras, puxadores, benzedeiros e as que trabalham com ervas medicinais.

Para as ações de saúde serem desenvolvidas na população ribeirinha, é fundamental identificar as pessoas e saber suas práticas e conhecimentos tradicionais nos trazem isso de uma maneira clara ao afirmar que é preciso

As práticas tradicionais de cuidado e os cuidadores tradicionais compõem o conjunto de recursos mobilizado pelas pessoas para a produção da sua saúde. Portanto, conhecer as redes vivas que surgem e se perpetuam nos territórios – redes que geram cuidado no cotidiano de dificuldades de acesso à rede instituída e que são legitimados pelo próprio cuidado ofertado – permite que se reconheçam as redes que produzem vida fora do horário comercial de funcionamento dos serviços de saúde (Feichas, Schweickardt, Lima, 2019, p. 3).

Então, entender como é o agir cotidiano das pessoas, da relação entre eles e no cenário em que se encontram é reconhecido como micropolítica. O trabalho vivo refere-se ao trabalho em ato, trabalho dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (Franco, 2006; Lima, 2021).

No território de Democracia, algumas estratégias são utilizadas para aproximar essa população que são popularmente conhecidas como *“cuidadores populares de saúde”*. Os profissionais da eSFR juntamente com as Coordenações que compõe a gestão de saúde participaram de um encontro realizado com as parteiras e com alguns moradores das comunidades. Esse encontro foi promovido e mediado pelos pesquisadores do Laboratório de História, Políticas

## Públicas e Saúde na Amazônia LAHPSA/ Fiocruz Amazônia.

Por meio desse encontro, houve uma aproximação da eSFR com esse público, possibilitando o fortalecimento do vínculo e ampliando os saberes mutuamente. Para a realização deste evento, foi feito um levantamento de parteiras da eSFR de Democracia. Mapeamos 08 (oito) parteiras atuantes e todas compareceram ao encontro. Durante a realização da oficina, foi possível fazer a escuta de suas vivências e atuações no território. A equipe que conduziu a oficina realizou de maneira que elas pudessem relatar suas experiências sem receio de fazer o “*certo ou errado*”, pelo fato da equipe de saúde se fazer presente.

Os demais “*cuidadores*”, como: puxadores, benzedeiros e pessoas que trabalham com ervas medicinais foram também citados durante a oficina, tornando-os referência também no cuidado à saúde.

Gomes e Merhy (2014) comentam sobre essa relação entre os saberes afirmando que:

Nesse espaço de produção de redes vivas, acontece a comunicação entre a ciência, o regime de verdade e o conhecimento tradicional, que se encontram para operar transversalizando o campo. Essa transversalidade pode ser tomada como uma forma de romper a dimensão verticalizada nas instituições, de evoluir de uma dimensão hierarquizada, tanto organizacional como das relações de saberes e poderes, para uma dimensão horizontalizada, de possibilidades de encontros entre saberes e os diversos sentidos de cuidar, distanciando as relações de saber-poder já instituída.

Dessa forma, a eSFR juntamente com a experiência e troca de saberes com os cuidadores de saúde, fortalece e amplia o vínculo com a população e se torna uma estratégia potente para o cuidado. Compreender essas particularidades e seus modos de produção de vida, seus jeitos de lidar com as próprias necessidades e de criar estratégias pessoais para supri-las enriquece a discussão sobre como fortalecer as políticas de saúde (Schweickardt *et al.*, 2016, p.17).

## AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EXISTENTES E O TERRITÓRIO RIBEIRINHO

Iniciaremos comentando sobre políticas públicas, e como diferentes autores conceituam. De acordo com Teixeira (1997), entende como política pública a resposta que o Estado apresenta perante as necessidades vividas ou que são apresentadas pela sociedade. As políticas públicas, conforme Fleury & Ouver-

ney (2008) são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas por todas as esferas de governo que impactam a todos as pessoas, independente da escolaridade, sexo, cor, religião ou classe social.

No Brasil, o direito à saúde é viabilizado por meio do SUS. Assim, surgiram políticas que abrangem algumas necessidades de saúde da população ribeirinha, levando em consideração a diversidade dessas regiões. Por meio das políticas de saúde já existentes e reconhecidas pelo Estado, destacamos três, que são: Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); Política Nacional de Saúde Integral das Populações das Águas, dos Campos e da Floresta (PNSIPCF) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS).

A primeira edição da PNAB, em 2006, por meio da Portaria nº 648, de 28 de março, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais não eram contempladas. Isso somente aconteceu em 2010, com a publicação da Portaria nº 2.191, de 3 de agosto, que instituiu critérios diferenciados para a implantação, financiamento e manutenção das equipes, que são destinadas ao atendimento de populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul (Lima *et al.*, 2021b).

A segunda edição da PNAB (2011) trouxe novos critérios para o planejamento das equipes, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro. Em 2017, a portaria nº 2.436, de 21 de setembro, dispõe sobre a revisão das diretrizes para a organização da atenção básica (Brasil, 2017).

No contexto das políticas de saúde foram implementadas, mesmo que timidamente, alguns mecanismos a nível nacional, que sinalizam uma preocupação com as questões rurais. Podemos citar a PNSIPCF, instituída por meio da Portaria nº 2866 de 2011 (Brasil, 2011). Essa política busca considerar as singularidades dos diversos grupos populacionais presentes diversos territórios, como assentamentos, acampamentos, reservas ambientais e extrativistas, além de comunidades quilombolas e ribeirinhas. A PNSIPCF tem uma perspectiva mais inclusiva, substituindo o termo “população rural”, que reconhece a diversidade sociocultural e as especificidades dessa população (Pereira, 2016).

De acordo com Dias *et al.* (2018) e Lima (2021), a PNaPS colabora com o olhar mais amplo de ações de saúde. Esse conceito mais abrangente de saúde apresenta sua promoção como um conjunto de estratégias e modos de fazer saúde, no campo individual e coletivo com responsabilidades para os três entes federados. Dessa forma, essa política tem o intuito de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2014). Assim, para pensar em polí-

ticas públicas para essa região, é necessário não apenas o saber técnico-científico. É necessário ir além, compreender a identidade das comunidades ribeirinhas na região Amazônica e suas culturas, saberes e práticas cotidianas, modos de viver, seu território, para assim, pensar em fazer saúde para essa população.

## APRESENTANDO O TERRITÓRIO DA ESFR DEMOCRACIA

A comunidade de Democracia está localizada no município de Manicoré, no sul do Amazonas, às margens do Rio Madeira. Esse território conta com a equipe de Saúde da Família Ribeirinha Democracia – eSFR, implantada no início do ano de 2022.

A distância da sede do município para a comunidade polo, Democracia, dura em média de “voadeira” 30 minutos. Já de “rabeta”, em média 60 minutos. Dentro da comunidade Democracia, existe um ramal que era identificado como AM-464 e passou a ser BR-174 de 86 km de extensão que liga Manicoré a BR – 319.

**Figura 01:** Mapa da Região da democracia.



Fonte: Sems, 2021.

A Estratégia de Democracia atua em 23 comunidades, que estão evidenciadas na Figura 1, são elas: Jatuarana, Democracia, Terra Preta, Santa Eva, Vista Alegre, Pandegal, Santa Maria, Urucuri, Xororó, Boa Esperança, Água Azul, Mato Verde, Monte Horebe, Monte Sião 1 e 2, São Miguel, Cumarú, Liberdade, Monte das Oliveiras, Santa Ana, São Sebastião e Novo Paraíso, com um quantitativo estimado de 2.035 habitantes, segundo cadastro PEC (Prontuário Eletrônico).

nico do Cidadão). A população tem uma cobertura completa pela equipe que passa 15 dias percorrendo essas comunidades levando os serviços de saúde.

A implantação da equipe contribuiu para melhoria do acesso aos serviços de saúde da população local, pois eles não precisam estar se deslocando de suas comunidades para a sede do município de Manicoré. A implantação das equipes ribeirinhas aconteceu a partir de encontros por meio de Conferências de Saúde Locais. A população dessas comunidades, em um momento de escuta, solicitou a presença das equipes de saúde em seu território. Então, a partir de setembro de 2021 os processos de implantação iniciaram.

Após a implantação, a equipe teve que conhecer o território e fazer a atualização cadastral vinculando-os à eSFR de Democracia. Nesse período, que durou cerca de 2 meses, tivemos alguns desafios a serem superados. Tais como: recusa dos usuários a pertencerem a eSFR, ausência de muitos moradores para realizar o recadastramento, além do acesso dificultoso a algumas comunidades.

As equipes de saúde ribeirinha que atuam em território ribeirinho enfrentam desafios diferentes de trabalhar em área urbana. No início da implantação, não tínhamos um local para realizar os atendimentos, logo foi improvisada uma sala pequena para realizar consultas. Além disso, os atendimentos também eram feitos em escolas, centros sociais, igrejas.

**Figura 02:** Entrada na Comunidade Liberdade, Manicoré.



Fonte: Próprio autor, 2021

Inicialmente, esbarramos em dificuldades de aceitação da população de algumas comunidades em se deslocar ao polo Democracia para atendimentos, sob a justificativa de ser mais viável ir para a sede do município. Essa realidade hoje vem mudando. A população passou a conhecer os serviços e atendimentos da equipe de saúde e acabou optando pelo atendimento no próprio polo. Com isso, podemos reafirmar que conhecer a comunidade e suas gentes, acaba nos aproximando e fortalecendo o vínculo entre a equipe esses usuários.

Os desafios intensificam-se no período da vazante dos rios, sendo o acesso para as comunidades do lago da Liberdade mais difícil, a entrada do lago restringindo-se à embarcação de pequeno porte, não permitindo a ida de todos os membros da equipe, conforme figura 02.

**Tabela 01:** Trabalhadores e trabalhadoras da Equipe de Democracia.

AGENTES COMUNITÁRIOS	15
TEC. DE ENFERMAGEM	12
MICROSCOPISTAS	05
ABS	02
ENFERMEIROS	02
MÉDICO	01
DENTISTA	01
FISIOTERAPEUTA	01

**Fonte:** Semsa, 2023.

Apesar dos obstáculos e desafios enfrentados, principalmente em relação às dificuldades geográficas, atualmente a eSFR consegue disponibilizar à população: atendimentos médicos (Figura 03) e de enfermagem (Figura 04), visitas domiciliares, ações voltadas à educação permanente em saúde e educação em saúde, atualização de carteira vacinal, atendimento odontológico, fisioterapia, distribuição de medicamentos, dentre outros serviços.

Na região do Polo de Democracia as limitações de acesso aos serviços de saúde compõem um contexto multifatorial, complexo e subjetivo, que podem implicar em diferentes aspectos no modo de vida dessas populações. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever as características do acesso a serviços de saúde por ribeirinhos do município de Manicoré.

Dentro desse cenário, Lima *et al.* (2021) comentam que a enfermagem tem um papel de destaque nas equipes, pois é responsável pela logística de alimentação, insumos, combustível, preparar a escala de trabalho, além de ser responsável pelo cuidado em saúde. O trabalho das equipes de saúde ribeirinha necessita ter maior resolutividade devido a menor frequência dos atendimentos, longas distâncias a percorrer (figura 03 e 04) e a dispersão da população (Lima *et al.*, 2019).

**Figura 03:** Comunidade São Miguel



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

**Figura 04:** Ponte para chegar à comunidade Monte Horebe.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

## AVANÇOS DA SAÚDE NA ESFR DEMOCRACIA

Cerca de 1.000 atendimentos são ofertados a cada ciclo em área, durante 15 dias, por mês. Durante o período de realização do estudo pôde-se evidenciar que as comunidades de São Miguel, Cumaru, Monte das Oliveiras, Liberdade e São Sebastião, que têm como fator principal a falta de acesso à energia elétrica, tem menor nível de esclarecimento sobre prevenção em saúde, higiene pessoal, uso indiscriminado de medicamentos, dentre outros agravantes.

Porém, com o exaustivo trabalho realizado pela equipe nas comunidades acima citadas, há boa aceitação das informações e serviços, participação ativa da comunidade nas ações realizadas, nota-se uma gigantesca evolução e interesse em melhorar qualidade de vida por parte dos usuários. Atualmente percebe-se maior busca por agendamento de consulta, busca por esclarecimentos, consulta odontológica, realização de Papanicolau, atualização de carteira vacinal, melhorando significativamente os indicadores em saúde, refletindo em uma excelente relação entre equipe e população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso a serviços de saúde pelos ribeirinhos é limitado, sobretudo por barreiras geográficas, que demandam educação permanente em saúde para toda a equipe devido a essas diversidades. Também é necessária a articulação entre estratégias que promovam o acesso aos serviços de saúde pelos ribeirinhos, viabilizando a continuidade da assistência à saúde a essa população, de forma contínua. Como alternativa às estratégias já formuladas o incentivo e parceria entre Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação e Secretaria de Assistência Social visando a disseminação de informações através do uso e distribuição de folders, ações conjuntas, reuniões inclusivas a fim de unir a comunidade por meio de informações de utilidade pública.

## REFERÊNCIAS

Brasil. (2006). Portaria nº 648 de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União.**

Brasil. (2007). Decreto n. 6040, de 7 de fevereiro de 2007. Instituiu a Políti-

ca Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 316.

- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.
- Brasil. (2021). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**.
- Brasil. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 183(1), 68-68.
- Brasil. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**.
- Chaves, M. D. P. S. R. (2001). **Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: o estudo de caso do assentamento de Reforma Agrária Iporá** (Doctoral dissertation, [sn]).
- Dias, M. S. D. A., Oliveira, I. P. D., Silva, L. M. S. D., Vasconcelos, M. I. O., Machado, M. D. F. A. S., Forte, F. D. S., & Silva, L. C. C. D. (2018). Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, 103-114.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, 459-474.
- Lima MC, Teixeira ACA, Barros E, Savassi LCM, Almeida MM, Segura MC, Anderson MIP (2019). O fazer rural. In: Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lima, R. T. S. (2021a). **Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha**. [livro eletrônico], 1 ed. Universidade Federal do Amazonas, UEA. Manaus, Am.
- Lima, R. T. de S., Fernandes, T. G., Martins Júnior, P. J. A., Portela, C. S., Santos Junior, J. D. O. dos., & Schweickardt, J. C.. (2021b). Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(6), 2053–2064. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>

- Lira, T. de M., & Chaves, M. do P. S. R.. (2016). Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações** (campo Grande), 17(1), 66–76. <https://doi.org/10.20435/1518-70122016107>.
- Schweickardt, J. C., Kadri, M. R., & de Sousa Lima, R. T. (2019). Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. **Atenção Básica Na Região Amazônica: Saberes e Práticas Para o Fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 8-14, 2019.
- Schweickardt, J. C., Lima, R. T. D. S., & Ferla, A. A. (2022). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. **In 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.
- Silva, M. O. (2007). Saindo da invisibilidade—a política nacional de povos e comunidades tradicionais. **Inclusão social**, 2(2).
- Teixeira, P. T. (1997). Políticas Públicas em Aids. In Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: **ABIA**. (pp. 43-68).



# A atuação da equipe de saúde ribeirinha no território líquido: experiências na comunidade de São Sebastião do Cumã



**Liliane Soares**  
**Valter Pacheco Dias**  
**Alexsandro Felix**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Júlio César Schweickardt**  
**Sabrina Araújo de Melo**



## INTRODUÇÃO

**A** Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi lançada no Brasil em 2006. Contudo, somente em 2011 na segunda edição do PNAB, é que mais atenção foi dada a região da Amazônia com foco no cuidado das populações ribeirinhas localizadas distante das sedes dos municípios. Nesse período, estratégias de saúde como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e as Estratégias de Saúde da Famílias Ribeirinhas (eSFR) foram implementadas para atender a essa população (Brasil, 2012). Essa implementação proporcionou mudanças significativas em relação às ações da Atenção Básica (AB) nessa região, tendo em vista a criação de equipes direcionadas ao cuidado da população que vive na Amazônia. Por sua vez, essas mudanças também influenciaram novas abordagens, como o modelo tecnoassintencial baseado no diálogo com o território e suas populações (Lima *et al.*, 2021).

Na Amazônia ribeirinha, o território está em constante fluxo, considerando as mudanças nos rios ao longo do ano, com período de cheias e secas, alterando os padrões das margens dos rios, o que interfere no acesso da população aos serviços de saúde (Schweickardt *et al.*, 2016). Nesse sentido, é importante compre-

ender que as características da Amazônia fazem parte do fazer saúde, exigindo um diálogo com os modos de vida das pessoas e os seus modos de se deslocar no território (Kadri, Schweickardt & Freitas, 2022). As políticas públicas de saúde, para garantir a igualdade e equidade, necessitam de estratégias e modelos tecnoassistenciais para a inclusão das populações amazônicas (Martins *et al.*, 2022).

O território líquido é uma categoria para analisar o contexto amazônico, que compreende os fluxos, as formas de vida e os conhecimentos da população ribeirinha. A categoria compreende que a dinâmica das águas nos inspira para pensar sobre os movimentos dos modos de viver e pensar na Amazônia. As águas nos remetem para o imaginário e o concreto, de uma população que vive e se relaciona com as águas o tempo todo, conectando serviços, memórias, políticas e construindo relações com os humanos e não humanos (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021).

A Amazônia, na maioria das publicações, é vista como um lugar de déficits estruturais e de cobertura dos serviços, reforçando a ideia de falta e de ausência, especialmente quando é analisada a questão de infraestrutura, profissionais de saúde, insumos. Não há como negar os indicadores de saúde da região que apontam para baixa cobertura e situações de saúde precárias, mas não podemos ignorar as inovações e as estratégias que ampliam o acesso das populações, como é o caso do município de Manicoré.

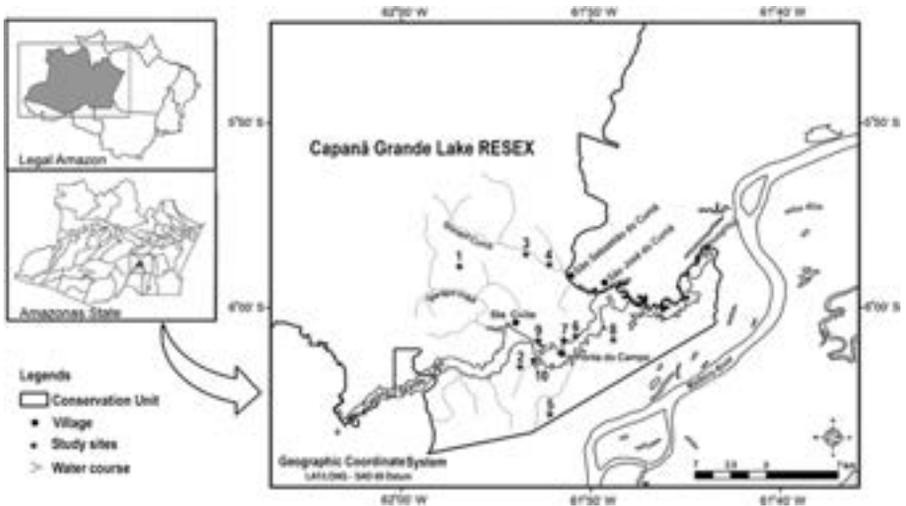
No município de Manicoré, a partir do ano de 2021, as estratégias de saúde ribeirinha tornaram-se prioridade, oferecendo melhores condições para o cuidado e amplo acesso a saúde para a população que antes era excluída dos serviços de saúde. Nesse contexto, o objetivo do trabalho foi relatar as condições de saúde e destacar os desafios de acessibilidade enfrentadas pelas Estratégias de Saúde Ribeirinha no território da comunidade de São Sebastião do Cumã – Lago do Capanã Grande. Ademais, demonstrar as experiências e desafios dos profissionais da equipe de saúde que atendem a essa população.



## APRESENTANDO O TERRITÓRIO E A SUA POPULAÇÃO

O rio possui um papel fundamental na vida dos ribeirinhos. É por meio dele que são feitas as ligações entre os locais utilizando canoas e barcos como meio de transporte. Através dele também que os ribeirinhos executam uma das atividades mais importantes de fonte de renda e garantia de subsistência que é a pesca (Fernandes & Moser, 2021). Todavia, as comunidades ribeirinhas convivem com o isolamento geográfico, que se reflete em desigualdades econômicas e sociais, sendo excluídas de muitas políticas públicas e ações para a melhoria da qualidade de vida. A localização geográfica de muitas dessas comunidades é um dos fatores mais importantes que limitam o acesso aos serviços básicos, sobretudo de saúde.



**Figura 01:** Mapa da Região do Lago de Capanã Grande.

**Fonte:** [https://www.researchgate.net/figure/Map-of-study-area-at-Capana-Grande-Lake-Madeira-River-Manicore-Amazonas-with\\_fig1\\_284086412](https://www.researchgate.net/figure/Map-of-study-area-at-Capana-Grande-Lake-Madeira-River-Manicore-Amazonas-with_fig1_284086412)

O Lago do Capanã Grande faz parte da Reserva Extrativista do Capanã Grande (Resex). A Reserva é uma unidade de conservação ambiental federal categorizada como reserva extrativista, sendo criada por Decreto Presidencial em 3 de junho de 2004 numa área de 304.146 hectares no estado do Amazonas. O Lago do Capanã Grande recebe apoio do Instituto Chico Mendes de Biodiversidade (ICMbio), que tem a função de gerir, proteger, monitorar e fiscalizar o território e dentre eles, as Comunidades do Lago.

A Reserva Extrativista Chico Mendes foi criada em 1990 e foi pioneira no conceito de unidade de conservação de uso sustentável, onde as populações tradicionais têm a permissão de não apenas morar dentro da Resex, mas também realizar o extrativismo de bens naturais, como por exemplo a castanha, a borracha e o açaí. Os moradores das comunidades que fazem parte dessa unidade de conservação exercem atividades de pesca, agricultura e extrativismo como fonte de renda e subsistência.

Além da população ribeirinha, ainda há nove aldeias indígenas que fazem parte do Lago. A entrada no lago do Capanã Grande dista em linha reta, em aproximadamente 50 km da cidade de Manicoré. O acesso se dá por via fluvial a partir da sede do município (Figura 01).

**Figura 02:** Levantamento das condições e situações de saúde das comunidades da eSFR da Ponta do Campo, realizadas pelo ACS do território e coordenadora de Atenção Básica.



**Fonte:** Arquivo pessoal, 2022.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré (SEMSA Manicoré) realizou um processo de territorialização na área ribeirinha do Lago de Capanã Grande por meio de um levantamento/entrevistas que mostrou que havia 22 famílias com 84 pessoas. A equipe que realizou o levantamento das condições e situações de saúde das comunidades foi composta pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) do território, a coordenadora de Atenção Básica (AB), coordenação dos Programas da AB e Coordenação da Vigilância em Saúde. Foram realizadas visitas domiciliares e entrevistas com duração média de 30 minutos com cada morador, quando foram entrevistados 31 moradores do território (Figura 02). Com isso a meta desejada foi alcançada suprimindo as necessidades de cobertura da equipe de saúde naquela comunidade perante seus desafios no período da seca.

A área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) é composta por 12 comunidades e 09 micros áreas, totalizando 1.704 pessoas distribuídas pelas comunidades Fátima, Santa Civita, Ponta Campo, São Sebastião do Cumã São José, São Raimundo, Terra Preta, Jutai, Nazaré do Retiro, Varadouro, Urumatuba e Catatuba (Figura 03). Nesse trabalho demos destaque

para a comunidade de São Sebastião do Cumã por ser um dos pontos de apoio da eSFR Ponta do Campo.

No período de seca o acesso a essa comunidade se torna de difícil, pois a mesma fica dentro do “igapó”. Assim, só é possível chegar por meio de canoa com motor rabeta ou lancha/voadeira. Por outro lado, na época da cheia é possível acessar com embarcação de grande porte, chegando até o porto das comunidades, o que facilita a entrada da equipe em área e, conseqüentemente, a melhora da atenção para as comunidades. O tempo de deslocamento médio é de aproximadamente 3 horas da sede do município até a comunidade (com lancha de potência 115 HP).

**Figura 03:** Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) da Ponta do Campo.



Fonte: Google Maps (Adaptado pela SEMSA), 2023.

## O TERRITÓRIO LÍQUIDO E A SAÚDE RIBEIRINHA

A gestão da saúde à população ribeirinha é realizada nas regiões de saúde do Rio madeira no Lago do Capanã Grande. Nosso interesse nesse relato, foi o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) pela ampliação do acesso, da qualidade e da continuidade do cuidado à população ribeirinha.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) desempenham a maior parte de suas funções no polo da estratégia de saúde ribeirinha que fica na co-

munidade Ponta do Campo, cujo acesso é pelo rio. Pela grande dispersão territorial, essas áreas necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território. Em função dessa particularidade, as eSFR devem ser compostas por, no mínimo: um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Além disso, também pode contar com profissionais de saúde bucal e outros profissionais de nível superior e médio e, nas regiões endêmicas para malária, ainda é possível incorporar o microscopista à equipe (Figura 04).

**Figura 04:** Profissionais da eSFR Ponta do Campo no território.



**Fonte:** Acervo da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), 2023.

A partir das diretrizes nacionais, a atenção básica do município de Manicoré está estruturada com 6 Unidades Básicas de Saúde ribeirinhas e 1 fluvial (sendo que cada uma delas possui 4 pontos de apoio, para aproximação da equipe ao território de abrangência e facilitação do acesso). Com relação ao atendimento, as eSFR deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro de produção e planejamento das ações. Os ACS deverão cumprir 40h semanais de trabalho e residir na área de atuação. São recomendadas as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal (Figura 05).

**Figura 05:** Profissionais da eSFR Ponta do Campo na assistência às famílias.



**Fonte:** Acervo da SEMSA, 2023.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar na área da saúde é um desafio, sobretudo em áreas ribeirinhas onde dificuldades fazem parte da rotina dos serviços. Por outro lado, conhecer essas áreas e levar a saúde a essa população é extremamente gratificante pelo crescimento pessoal que envolve o amor e cuidado ao outro. Com essa experiência, foi possível observar que a comunidade de São José do Cumã possui como particularidade a união entre os comunitários o que favorece o acolhimento das equipes de saúde e, conseqüentemente, melhores condições de saúde. Importante destacar o apoio dos comunitários à equipe de saúde para acessar as comunidades mais remotas.

Conhecer o território nos permitiu concluir que o cuidado com a saúde da população ribeirinha possui particularidades que reafirmam a importância da atenção básica. Dessa forma, o atendimento necessita assegurar o direito constitucional à saúde das populações que vivem em lugares remotos. Por fim, foi possível identificar as condições de acesso e verificar as reais necessidades para oferecer maior resolutividade aos problemas relacionados à saúde dessa população.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde.
- El Kadri, M.R., Schweickardt, J. C., & Freitas, C.M. (2022). Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface (Botucatu)**. 26: e220056 <https://doi.org/10.1590/interface.220056>
- Fernandes, J. S. N., & Moser, L. (2021). Comunidades tradicionais: a formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. **Revista Katálysis**, 24(3), 532–541. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79717>.
- Lima, R. T. de S., Fernandes, T. G., Martins Júnior, P. J. A., Portela, C. S., Dos Santos Junior, J. D. O., & Schweickardt, J. C. (2021). Health in sight: An analysis of primary health care in riverside and rural amazon areas. **Ciencia e Saude Coletiva**, 26(6), 2053–2064. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>.



- Martins, F. M., Schweickardt, K. H., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Moreira, M. A., & Medeiros, J. D. S. (2022). Producing existences in action in the Amazon, Brazil: “*liquid territory*” that shows itself to research as a crossing of borders. **Interface: Communication, Health, Education**, 26. <https://doi.org/10.1590/interface.210361>.
- Schweickardt, J.C.; Lima, R. T. S.; Simões, A.; Freitas, C. M. & Alves, V. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida.<https://editora.redeunida.org.br/project/in-formes-da-atencao-basica-aprendizados-de-intensidade-por-circulos-em-rede-prospeccao-de-modelos-tecnoassistenciais-na-atencao-basica-em-saude-volume-1-2/>
- Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Ferla, A. A. (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 16).

# Estratégia de saúde da família ribeirinha na estratégia Capananzinho: implementação e vivências



**Maria Eduarda Souza Freitas**  
**Clara Guimarães Mota**



## O RIBEIRINHO E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA

O termo ribeirinho é usado geralmente para se referir às populações que vivem as margens do rio. No contexto amazônico, geralmente são descritos como povos que vivem em casas de madeira adaptados ao sistema de cheia e vazante e tem como base econômica o extrativismo agrícola (Fernandes & Moser, 2021). Possuem como via de transporte os rios e igarapés utilizando canoas, barcos e motores de polpa rabeta<sup>3</sup> e voadeira<sup>4</sup> para locomoção e com as distâncias determinadas com base no tempo e na potência do motor utilizado. A base alimentar consiste em farinha de mandioca, peixe, produtos da roça e alimentos industrializados. Costumam ter saberes locais fortes, através da figura de parteiras, benzedeiras e puxadores, referências em saúde na comunidade. Esta é uma descrição simples diante da vasta diversidade do território ribeirinho e seus moradores, mas buscamos olhar para essa população de modo específico e particular, não podendo ser reduzida apenas como população interiorana ou como uma população rural.

Essa população tão particular, tem necessidades específicas e diferenciadas, exigindo uma gestão do cuidado integral e equitativa. A Política Nacional

**3** - Motor de baixa potência usada acoplada em embarcações do tipo canoa geralmente feita de madeira

**4** - Motor de alta potência usada acoplada em embarcação de médio porte feita de alumínio

de Atenção Básica (PNAB) se faz presença e realidade no território ribeirinho por meio das equipes de estratégia de saúde da família ribeirinha e fluvial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1978, p. 2) a Atenção Primária a Saúde representa o *“primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”*.

Tendo em vista uma atenção territorial, a partir de 2002 foram criadas políticas específicas para os povos amazônicos, contudo, apenas em 2011 com a publicação da segunda edição da PNAB foram instituídas equipes de saúde da família ribeirinha (Figura 01) como política pública. A portaria que atualmente regulamenta esse tipo de equipe é a portaria número 837 de 9 de maio de 2014 e a portaria número 1229 de 6 de junho de 2014 que definem as estratégias para implantação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) (BRASIL, 2014). Em quase uma década desde a instituição da portaria, o município de Manicoré, pertencente ao polo de saúde do rio madeira, deu início a implantação da eSFR em 2021, tendo sua consolidação em 2022.

**Figura 01:** Equipe ribeirinha com transporte em canoa com motor tipo rabeta.



**Fonte:** Arquivo das autoras, 2023.



## ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA DO CAPANANZINHO

A Comunidade Nazaré é sede do distrito do Capananzinho, está distante cerca de 42 quilômetros, em linha reta, da zona urbana de Manicoré, mas como Schweickardt (2019) aponta em seu texto *“Território, territorialidade e políticas de saúde na Amazônia”*, a distância na Amazônia é medida com base em tempo e potência do motor usado. Então, é mais adequado afirmar que a comunidade de Nazaré está distante há uma hora em um motor de 40Hp da zona urbana de Manicoré. O distrito recebeu, em janeiro de 2022, uma equipe composta por uma médica, uma cirurgiã dentista, duas auxiliares de cirurgião dentista, dois enfermeiros, uma psicóloga, doze técnicos de enfermagem, cinco microscopistas e dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Anterior a isso, a comunidade contava apenas com 2 técnicos de enfermagem e com os ACS. A eSFR abrange um total de quinze comunidades equivalendo a cerca de 2.430 (duas mil quatrocentas e trinta) pessoas (Figura 02).

**Figura 02:** Mapa das comunidades assistidas pela equipe Nazaré do Capananzinho.



**Fonte:** Semsa Manicoré, 2023.

A dinâmica de trabalho organiza-se na permanência da equipe 30 (trinta) dias por mês na Unidade Básica de Saúde (UBS) fixa na comunidade polo, sendo metade da equipe os primeiros 15 (quinze) dias do mês e a outra metade da equipe os últimos 15 (quinze) dias. A cada 2 meses é realizada viagem de barco

tipo regional e a cada 15 dias se realiza uma viagem de uma embarcação de pequeno porte, que foi viabilizada pela Portaria nº 63, de 10 de setembro de 2021 que credenciou o município de Manicoré ao incentivo financeiro para incorporar embarcação de pequeno porte nas eSFR (Brasil, 2021). Seja em terra firme ou nas viagens de barco são realizadas consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, de psicólogo e vacinação (Figura 03).

Sobre o trabalho da médica na equipe, cabe a esta as decisões clínicas, que considerem as particularidades de cada indivíduo. Os atendimentos são realizados na unidade de saúde, no barco, nas escolas e nos centros comunitários do distrito, buscando promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde. Além disso, os primeiros socorros são feitos em casos como de acidente ofídico, acidente com materiais agrícolas e de garimpo, suspeita de fratura, parada cardiorrespiratória, sendo realizado também pequenos procedimentos como sutura simples, retirada de corpos estranhos da orelha e nariz, retirada de anzol da pele, muito comum para uma região ribeirinha. Caso algum paciente seja avaliado com um quadro que não possa ser manejado pela equipe de atenção primária como por exemplo abdome agudo, suspeita de abortamento, trabalho de parto, crise convulsiva, suspeita de AVC, é encaminhado formalmente à sede hospitalar do município ou é transportado imediatamente para a cidade. A remoção dos pacientes e acompanhantes geralmente é realizada em parceria com comunitários proprietários de embarcação do tipo voadeira que cedem sem custo financeiro o transporte até a sede. No entanto, há determinada quantidade de combustível disponível da Unidade de Saúde exclusiva para uso nas remoções.

**Figura 03:** Embarcação regional utilizada pela equipe da eSFR.



**Fonte:** Arquivo autoras, 2023.

O papel da profissional de enfermagem corresponde ao acompanhamento de gestantes, hipertensos e diabéticos, manejo de lesões cutâneas, assim como também realiza primeiros socorros e avalia quanto à necessidade de ser encaminhado ao hospitalar. É importante destacar que esse profissional também desempenha o papel de gerência da unidade de saúde, assumindo as funções de gestão da equipe e de atenção aos usuários.

O cirurgião dentista, juntamente com os auxiliares de saúde bucal, são responsáveis por realizar procedimentos clínicos incluindo urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal no território. Percebemos logo no primeiro ano de atividade, a relevância da promoção da saúde bucal, que realizou o trabalho de educação em saúde para a população, por meio de palestras no Programa Saúde na Escola (PSE) para as crianças e adolescentes (Figura 04).

A equipe ainda conta com técnicos de enfermagem, microscopistas, agentes comunitários de saúde e profissionais administrativos. Uma particularidade da eSFR do distrito do Capananzinho é que estes profissionais residem na própria comunidade. Dessa forma, há o fortalecimento do vínculo da equipe de saúde com o território ao qual pertence. Destacamos o protagonismo dos ACS, que além de possuírem informações sobre o território e sua população, dão suporte e apoio necessários para que todos os usuários sejam atendidos dentro dos princípios de equidade e integralidade. Na maioria das vezes, os ACS fazem o primeiro contato e o acolhimento aos usuários (Figura 05).

**Figura 04:** Visita domiciliar compartilhada com médica, técnica em enfermagem, vacinadoras e auxiliar de saúde bucal.



Fonte: Arquivo autoras, 2023.

**Figura 05:** Orientação em escovação coletiva pela cirurgiã dentista e a discente de odontologia do Estágio Rural da Universidade Estadual do Amazonas (UEA).



Fonte: Arquivo autoras, 2023.



## DESAFIOS E VIVÊNCIAS NO TERRITÓRIO

Promover saúde nos territórios ribeirinhos é sinônimo de vivenciar cotidianos únicos que se difere da realidade urbana (embora estejam relacionadas). As diferenças estão desde o planejamento das ações de saúde, o tipo de transporte fluvial para entrada e saída das equipes, o calendário de cada comunidade e o tempo de chegada aos locais de atendimentos. Há um fator principal e essencial que é o ciclo das águas do rio Madeira e o igarapé do Capananzinho, especialmente nos períodos de cheia e seca. A época da seca compreende os meses de agosto a outubro e a cheia os meses de novembro a julho.

Durante o auge da seca as embarcações com o motor voadeira e barcos de médio e grande porte não podem acessar o interior do distrito do Capananzinho. Dessa forma, ao chegar na boca do igarapé<sup>5</sup> (Figura 06), a equipe necessita se deslocar de barco ou lancha no rio madeira, transferindo os seus pertences para

**5** - Abertura em determinada margem do rio onde ocorre encontro com uma afluente de igarapé usada como principal via de acesso às comunidades.

uma canoa com motor rabeta, para chegar ao destino. Para a equipe acessar os comunitários adota-se dois trajetos: a ida em rabetas que duram cerca de 15 (quinze) a 30 (trinta) minutos e após isso, a caminhada de 35 (trinta e cinco) a 40 (quarenta) minutos a depender da distância da comunidade. O período da seca é de maior cansaço físico da equipe na realização do trabalho, mas são conscientes de que faz parte do cotidiano e particularidade da região.

**Figura 06:** Encontro do igarapé ao Rio Madeira que dá acesso às comunidades.



**Fonte:** Google Maps, 2023.

Os ribeirinhos tradicionalmente se utilizam de saberes populares para os cuidados em saúde, que foram aprendidos e repassados de geração em geração. Saberes que englobam remédios caseiros de plantas medicinais, a fé e a espiritualidade das benzedeiras, parteiras e o puxador que “*pega*” rasgadura<sup>6</sup> e desmentaduras<sup>7</sup>. Segundo Bôas e Oliveira (2017), a medicina popular faz parte do universo simbólico das populações ribeirinhas, que funcionam como filtros interpretativos sobre o processo saúde-doença. Estas práticas não devem ser excluídas e desconsideradas dos processos de cuidado dos sujeitos, pois fazem parte da vida

**6** - Refere-se a um termo popular para distensão muscular.

**7** - Significa na linguagem popular comumente usado no norte e no nordeste do Brasil que se refere a deslocamento de osso ou articulação ou a uma contusão, seja muscular ou ligamentar.

Ambos os termos, para benzedores, adquirem diferentes sentidos, dependendo da tradição e crença.

e vivência sociocultural construídas ao longo do tempo. Nos atendimentos, os conhecimentos são compartilhados e os diálogos são construídos visando uma negociação do cuidado.

Nas viagens de barco, a equipe se desloca até escolas ou igreja para a realização dos atendimentos. Nestes locais encontramos limitações estruturais, mas a comunidade concorda na utilização desses espaços. A exemplo disso, lideranças da comunidade e da igreja concordaram que a equipe de saúde utilizasse a igreja para atendimento, mas alguns membros da comunidade religiosa pediram para que os atendimentos não fossem realizados por entenderem que esse é um lugar sagrado. Dessa forma, a equipe retomou os atendimentos na escola, que dispõe de uma estrutura inadequada para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

**Figura 07:** Caminhada pelo leito do Rio Madeira em período de seca.



**Fonte:** Arquivo autoras, 2023.

**Figura 08:** Igarapé do Capanazinho em período de seca.



Fonte: Arquivo autoras, 2023.



## A PSICOLOGIA PRESENTE NO TERRITÓRIO POR MEIO DO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (eMULTI)

A inserção do fazer da psicóloga na estratégia do Capananzinho aconteceu em 2022, quando as equipes multidisciplinares estavam sendo formadas e inseridas nos territórios de abrangência do município de Manicoré.

**Figura 09:** Igarapé do Capananzinho em período de cheia, em destaque a psicóloga.



Fonte: Arquivo autoras, 2023.

O profissional de psicologia faz parte da Equipe Multidisciplinar (eMulti), que dá apoio para as equipes da Saúde da Família Ribeirinha. A inserção do psicólogo na Atenção Básica é muito recente, incorporando um tipo de cuidado para a parte reduzida da sociedade. Na década de 1970, a psicologia estava fechada a apenas 4% da população brasileira, ou seja, somente a elite tinha acesso (Bock et al., 2022).

Após a Reforma Sanitária, que resultou na criação do SUS, em 1998, o lugar da psicologia também começaria a mudar. Após o movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve lei sancionada em 2001, modificou radicalmente os cuidados em saúde mental, combatendo todas as violências produzidas aos usuários no modelo asilar e manicomial (Furtado & Carvalho 2015). Os lugares predominantes que os psicólogos ocupavam se davam em contextos organizacional, clínico e escolar. Após a implementação dos SUS também se inseriram em contexto hospitalar. Dessa forma, havia a necessidade da inserção desses profissionais na Atenção Primária a Saúde, promovendo uma saúde para além da ausência de doenças.

Os profissionais do eMulti foram inseridos nas estratégias ribeirinhas de Manicoré com objetivo de promover atendimento multiprofissional e cuidado integral aos usuários. No entanto, o principal desafio encontrado na atuação do psicólogo na Atenção Primária foi a visão sobre o papel deste profissional no modelo de atendimento individual clínico-curativo, orientado para o tratamento de psicopatologias e de elaboração de psicodiagnósticos. Assim, surge o desafio de pensar o lugar do psicólogo no trabalho com a equipe e no contexto da APS (Furtado e Carvalho, 2015).

Desse modo, a atuação do psicólogo no território ribeirinho precisa ser reinventada todos os dias, criando espaços de diálogo com a equipe, realizando rodas de conversa sobre casos e estratégias de promoção da saúde, atendendo a demanda individual e coletiva da comunidade, realizando visitas domiciliares compartilhadas, participando de ações de educação permanente com a equipe e educação em saúde no PSE.

Destacamos a inclusão das Práticas Complementares em Saúde (PICS) no trabalho da psicologia, como uma estratégia de promover a saúde dos trabalhadores e usuários (Figura 10). Ainda precisamos superar a ideia de que o trabalho da psicologia realiza somente diagnósticos de transtornos mentais. Nesse sentido, a psicóloga e equipe tem promovido um debate de uma atuação mais ampla sobre os cuidados psicossociais.

**Figura 10:** Aplicação de auriculoterapia pela profissional de psicologia.



Fonte: Arquivo autoras, 2023.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação das equipes de saúde da família ribeirinha nas estratégias da zona rural de Manicoré, em especial Nazaré do Capananzinho, representam um salto na promoção e na prevenção em saúde das populações em situações de vulnerabilidade e de difícil acesso. Os desafios são inúmeros, mas é necessário que as estratégias de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde dialoguem com a realidade local. Por isso, é necessário um processo de Educação Permanente para que possamos qualificar a nosso cuidado no território ribeirinho. É fundamental a participação das lideranças comunitárias, integrada com a Secretaria de Saúde do município, para que se obtenha uma melhor resposta sobre cuidados em saúde.

Trabalhar na saúde ribeirinha é afetar e ser afetado pelo ambiente, pela cultura e modos de vida. A oportunidade de viver e compartilharem da cultura local, com seus festejos, seus problemas, o luto e suas brincadeiras é algo

indescritível. O trabalho não termina quando o relógio marca 17:00 horas, mas continua nos encontros da igreja evangélica, nas procissões e leilões da igreja católica, nas partidas de futebol das crianças, sendo afetados por todos esses movimentos e encontros no território. O envolvimento gera vínculo para além da relação equipe e usuário, sendo percebido nos atendimentos quando é possível ver que se sentem à vontade com a equipe, participando das atividades da UBS. A experiência de trabalhar com saúde da população ribeirinha é única. Ainda acrescentamos a população do distrito do Capananzinho é pacífica, acolhedora, participativa, o que torna nosso trabalho mais prazeroso.

Ouvimos muito uma frase dos comunitários ``quem come a farinha do Capananzinho não sai mais daqui``. Comemos. Então, estaremos sempre por aqui.



## REFERÊNCIAS

- Bock, A.M.B, Amaral M.M., Rosa E. Z. & Ferreira R.M. (2022). O compromisso Social da Psicologia e a Possibilidade de uma Profissão Abrangente. **Psicologia: Ciência e profissão**. V. 42. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262989>
- Bôas, L. M. S., & Oliveira, D. C. O. (2017) Diferentes saberes implicados no cuidado de saúde ribeirinho: análise teórica. **Revista Presença Geográfica**. 04 (01).
- Brasil (2024). Portaria nº 1.229 de 6 de junho de 2024. **Política Nacional de Atenção Primária**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União.
- Brasil (2021). Portaria nº 63, de 10 de setembro de 2021. **Política Nacional de Atenção Primária**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União.
- Fernandes, J. S. N. & Moser, L. (2021). Comunidades tradicionais: a formação sócio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. **Revista Katálysis**, 24 (3), 532-541 <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/79717>
- Furtado, M. E. M. F & Carvalho L. B., (2015). O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista Psicologia e Saúde**. 7 (1), 9-17 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Gusso, G., Lopes, J. M. C., & Dias, L. C. (2019). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** (2nd ed.). Artmed.

Organização Mundial da Saúde. (1978). **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf) acesso em: 22 de agosto de 2023

Schweickardt, J. C., Madri, M. R. E., & Lima, R. T. d. S. (2019). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9788554329266>



# A saúde chegou no Monte Santo: ações de saúde em um território de difícil acesso



**Lívia de Carvalho Cuadal**  
**Helinaldo Corrêa da Conceição**  
**Fabiola de Lima Campos**  
**Jackline Santos Bentes**  
**Dagilsa Ferreira dos Santos**  
**Itamara Leite Reis**



## INTRODUÇÃO

A saúde é um direito universal, que visa o bem-estar físico, mental e psíquico, tendo como princípio do SUS a equidade. Nesse sentido, é importante adequar a atenção à saúde às populações de difícil acesso ou que estão isoladas por questões geográficas ou culturais. A Amazônia apresenta características específicas que exige de gestores e profissionais de saúde respostas diferenciadas para realizar um cuidado integral às populações (Almeida *et al.*, 2022). Assim, apresentamos a experiência do trabalho desenvolvido pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Emile Tássia Abreu de Freitas em uma comunidade relativamente isolada do município de Manicoré.

A comunidade do Monte Santo dista 17 km da cidade de Manicoré, faz parte do Rio Atininga, fazendo parte da área de abrangência da UBS. A comunidade possui 52 domicílios e 129 pessoas (sendo 35 mulheres, 78 homens e 16 crianças) dentre as quais 21 famílias habitam na área ribeirinha. O acesso principal é por via terrestre, mas no período de inverno (período de chuvas intensas) o acesso é dificultado devido a estrada não ser pavimentada.

Em relação à infraestrutura da comunidade, há uma Escola Municipal, duas

igrejas, sendo uma Católica e outra da Assembleia de Deus. Em relação à saúde, um Agente Comunitária de Saúde (ACS), que reside na comunidade, realiza desenvolve as ações de visitas domiciliares, sendo que uma vez na semana vai à cidade para levar a produção.

Convém lembrar das atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica (Brasil, 2017), que segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são as seguintes:

**I** - Participar do processo de **territorialização e mapeamento** da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

**II** - Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a **análise da situação de saúde**, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

**III** - Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e **demais espaços comunitários** (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);

**IV** - Realizar ações de atenção à saúde **conforme a necessidade de saúde** da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

**V** - Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a **integralidade** por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive **Práticas Integrativas e Complementares**;

**VI** - Participar do **acolhimento** dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela **continuidade** da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

**VII** - Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a **longitudinalidade** do cuidado;

**VIII** - Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os **processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade**;

**IX** - Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a **co-ordenação do cuidado** mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

**X** - Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, **visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica**, e à **avaliação** dos serviços de saúde;

**XI** - Contribuir para o processo de **regulação do acesso** a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

**XII** - Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um **processo de compartilhamento** de casos e acompanhamento longitudinal de **responsabilidade das equipes** que atuam na atenção básica;

**XIII** - Prever nos **fluxos da RAS** entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a **integralidade do cuidado**;

**XIV** - Instituir ações para **segurança do paciente** e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

**XV** - Alimentar e garantir a **qualidade do registro das atividades** nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

**XVI** - Realizar **busca ativa** e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejam-

to de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território; e

XVII - Realizar **busca ativa de internações** e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII - Realizar **visitas domiciliares** e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas

XIX - Realizar **atenção domiciliar** a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX - Realizar **trabalhos interdisciplinares** e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI - Participar de **reuniões de equipes** a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII - Articular e participar das atividades de **educação permanente** e educação continuada;

XXIII - Realizar ações de **educação em saúde** à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV - Participar do **gerenciamento dos insumos** necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV - Promover a **mobilização e a participação da comunidade**, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais,

profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV - Identificar **parceiros e recursos na comunidade** que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI - Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do **Programa Bolsa Família** (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXVII - Realizar outras ações e atividades, de acordo com as **prioridades locais**, definidas pelo gestor local (Brasil, 2017 – Grifo nosso).

Importante olharmos para a PNAB como uma referência para o trabalho da Equipe, inclusive como um modo de realizarmos a Educação Permanente e orientar o planejamento da saúde no território. Um dos aspectos complexos na atenção às comunidades mais isoladas, é a questão da continuidade do cuidado, especialmente quando se trata das ações de promoção à saúde e de educação em saúde, sendo realizadas de modo muito pontual.

Outro elemento é o monitoramento das situações de saúde da população, pois exige um acompanhamento permanente, mesmo com a presença do ACS no território, para uma avaliação das ações de saúde. A questão logística é uma barreira de acesso tanto dos usuários como para a equipe de saúde, pois no inverno amazônico a estrada fica intransitável e devido à falta de pavimentação. Essa situação traz, muitas vezes, frustrações tanto para os comunitários quanto para a equipe de saúde, que questiona a importância da efetividade das ações de modo integral. Esta situação interfere no acompanhamento dos programas como Hiperdia, que exige ações de monitoramento, educação em saúde, busca ativa e vigilância. Por fim, outro desafio é a participação da comunidade nas ações de promoção da saúde, realizando a co-gestão juntamente com a equipe da saúde no seu território, conforme as suas necessidades.



## LEVANDO SAÚDE A COMUNIDADE MONTE SANTO

Os atendimentos de enfermagem com Hiperdia, exames citopatológicos, PLAFAM (Planejamento Familiar), distribuição de vitamina A e vacinas acontecem a cada 3 meses, a enfermeira, técnica de área e vacinadora vão de motocicletas nos períodos chuvosos, porém essas ações de saúde específica acontecem sempre no período de julho a agosto tendo início as 8:00 da manhã e o término até as 12:00 horas, como objetivo anual aproveitando sempre o período do verão, pois o acesso nos permite ir até a comunidade de transporte

terrestre. Em agosto de 2022, a equipe de saúde da UBS se deslocou em dois carros, um Gol da UBS e uma pick-up da Vigilância em Saúde. Saímos as 07:50 da Unidade com 18 profissionais, entre eles, uma médica, uma enfermeira, uma dentista, um psicólogo, duas técnicas em enfermagem, duas vacinadoras, uma técnica em saúde bucal, dois agentes de endemias, um motorista, uma técnica em farmácia, uma de serviços gerais, os gestores da UBS e da Vigilância Sanitária, ainda contando com o ACS da comunidade o ACS (Figura 01).

**Figura 01:** Equipe de saúde saindo da Unidade Básica de Saúde Emile Tássia para a Comunidade de Monte Santo.



**Fonte:** Acervo Livia Cuadal, 2022.

Em relação a organização dos moradores para os atendimentos, a população que reside mais distante da comunidade deslocou-se em um carro adaptado até o Centro da comunidade onde seriam ofertados os serviços de saúde (Figura 02). A escola da comunidade foi cedida para a equipe de saúde atender aos comunitários em diversos procedimentos ofertados.

**Figura 02:** Moradores sendo transportados até o Centro da Comunidade de Monte Santo, Zona Rural de Manicoré para serem atendidos pela equipe de saúde.



**Fonte:** Acervo Livia Cudal, 2022.

**Figura 03:** Moradores sendo atendidos na escola da Comunidade de Monte Santo, Zona Rural de Manicoré.



**Fonte:** Acervo Livia Cudal, 2022.

Fomos recebidos pelos comunitários com alegria e satisfação por estarmos presentes em mais uma ação. Iniciamos fazendo uma breve fala de orientação da gerente da UBS, da ACS, da dentista e do gerente de endemias que explicaram sobre o desenvolvimento da ação ao longo de toda manhã (Figura 04). Em seguida, foi organizado os locais de atendimento.

A médica, a enfermeira, as técnicas e a responsável pela dispensação de medicamentos ficaram alocados na igreja, enquanto a dentista e as vacinadoras realizaram atendimentos na escola, quando se realizou atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), por meio de orientações sobre higiene bucal para crianças, pais/responsáveis e professores, além da distribuição de escova e creme dental para as crianças (Figura 05). Foram realizados procedimentos odontológicos como extração e restaurações (Figura 06). O psicólogo atendeu em local reservado na residência de um usuário da comunidade. A coleta de Papanicolau foi realizada na casa da ACS, que foi cedida para realização do procedimento.

**Figura 04:** Orientações sobre os atendimentos na Comunidade de Monte Santo.



**Fonte:** Acervo Livia Cuadal, 2022.

**Figura 05:** Orientações de saúde bucal e distribuição de kits de higiene bucal para as crianças da Comunidade.



**Fonte:** Acervo Livia Cudal, 2022.

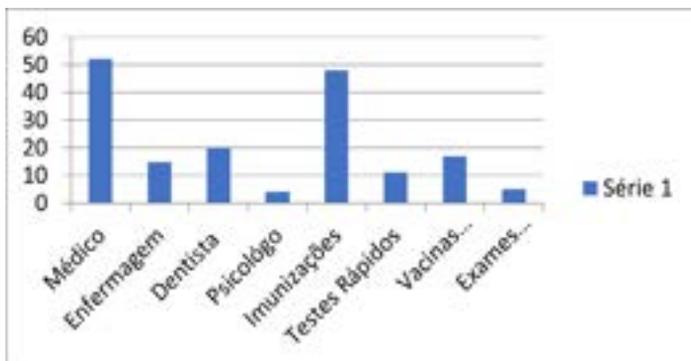
**Figura 06:** Realização de procedimentos odontológicos realizados nos moradores da Comunidade de Monte Santo, Zona Rural de Manicoré.



**Fonte:** Acervo Livia Cudal, 2022.

As atividades realizadas geraram os seguintes resultados: 52 atendimentos médicos, 15 atendimentos de enfermagem, 20 procedimentos odontológicos, 4 atendimentos com psicólogo, 48 imunizações, 18 vacinas antirrábicas (Figura 08), 11 testes rápidos e 4 coletas citopatológicas (Ver Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Demonstrativo dos atendimentos realizados na Comunidade de Monte Santo.



**Fonte:** Organização dos autores, 2023.

**Figura 08:** Aplicação de vacinas na população da Comunidade de Monte Santo, Zona Rural de Manicoré.



**Fonte:** Acervo Livia Cuadal, 2022



## RELATOS DE ALGUNS MORADORES

Apesar de ser uma estrutura diferente à da UBS, o atendimento em campo é essencial para levar saúde às comunidades mais remotas e de difícil acesso. Desse modo, podemos levar atenção à saúde, mesmo sem ter as condições adequadas, pois é melhor responder às necessidades da população, enquanto buscamos as condições ideais para o cumprimento da PNAB e dos princípios do SUS.

**Figura 08:** Aplicação de vacinação antirrábica em animais da Comunidade de Monte Santo, Zona Rural de Manicoré.



**Fonte:** Acervo Lívia Cudal, 2022

Os moradores afirmam que a realização das ações e dos procedimentos causa grande satisfação, pela dificuldade de locomoção para a unidade de saúde:

Relato da moradora: É bom esse tipo de ação, pois como a comunidade é distante e temos muita dificuldade de ir a cidade, a equipe de vir até a gente nos ajuda muito. Tem muitos idosos e moradores que não tem transporte de ir até a UBS. Os médicos, dentista e a enfermeira de ir até a gente e atualizar as vacinas atrasadas sem sair da comunidade (moradora da comunidade).

É ótimo pois devido à dificuldade do acesso no inverno, quando a estra-

da fica intransitável, pois temos pessoas idosas e que não tem condução e condições de vir a cidade, seria ótimo se tivesse que ter mais vezes ao ano (morador da comunidade – grifo nosso).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do acesso à saúde tem grandes desafios na região amazônica, pois convivemos com os períodos de chuva e seca, as distâncias, a dispersão populacional, os transportes e estradas, os rios e lagos. No entanto, estas características não devem ser um impedimento para as políticas públicas, que tem a função de diminuir as desigualdades sociais e as injustiças que impedem o direito universal à saúde (Schweickardt *et al.*, 2022). Assim, entendemos que as ações de saúde às comunidades ribeirinhas e rurais não podem ser pontuais nem campanhistas, como eram antes do SUS, mas precisamos buscar modos de produzir um acesso para uma atenção de integral e de qualidade. A PNAB, como descrito acima, nos traz parâmetros que pode nos ajudar no contexto específico do município.

Na experiência relatada, a logística de transporte é uma barreira de acesso, mas que pode ser superada com ações intersetoriais e com estratégias diferenciadas para a continuidade das ações de saúde, mesmo sem a equipe. A questão da permanência da equipe em área é uma questão para a saúde fluvial e ribeirinha, portanto, como pensar em processos formativos de técnicos e ACS que moram nas comunidades para um cuidado permanente. Obviamente que nada substitui o trabalho da equipe porque esta é multiprofissional e tem o compromisso de atuar de modo interprofissional. Apesar de tudo, podemos trazer nesse relato, um momento de encontro da equipe com a comunidade, quando foram produzidas tantas possibilidades de fazer saúde no território.

As atividades ofertadas na UBS, como preventivo, pré-natal e atendimento odontológico levando também o PSE não podem ser apenas replicados, mas devem fazer parte do cotidiano de todas as comunidades, não importante a sua distância e sua logística. A Estratégia de Saúde da Família é central na Atenção Básica, pois tem suas ações territorializadas no espaço de vida das pessoas, mostrando que o investimento em saúde é a melhor forma de promover o desenvolvimento social e econômico de uma região.

## REFERÊNCIAS

Almeida, V. F., Schweickardt, J. C., Reis, A. E. S. & Vieira Moura, G. P. S. (2022). Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**,

26, e210769. <https://doi.org/10.1590/interface.210769>

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Portaria NO 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Acessado em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Schweickardt, J.C; Ferla, A. A.; Guedes T. R. O. N.; Santos, I. C. P. A. M.; Lemos, S. M.; Reis, A. E. S. (2022). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9

# **Cheguei na cidade e daí:** desafios para usuários ribeirinhos em uma Estratégia de Saúde da Família da zona urbana



**Louyse Maria Ribeiro de Azevedo**  
**Alan Kaique Fernandes**  
**Paulo Van Roy**  
**José Rêgo Floriano**  
**Thalita Renata Oliveira das Neves**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Júlio Cesar Schweickardt**



## INTRODUÇÃO

**O** Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade de acesso e atenção à população brasileira. Nesse sentido, tem buscado atender às tantas diversidades de grupos, coletivos e comunidades nos mais distintos territórios. Na Amazônia, tivemos a inovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que a partir de 2010, criou as equipes de saúde da família ribeirinha e fluviais (Moreira *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2021; Schweickardt *et al.*, 2019).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o primeiro contato da pessoa, pois está no território de vida e tem a oportunidade de desenvolver um cuidado próximo das formas de pensar e ser das comunidades. Desde a criação do SUS, há um grande esforço para a inclusão de pessoas e comunidades que estão distantes dos centros urbanos, mas com o aumento do financiamento e o incentivo na criação de ESF voltadas para grupos específicos, vimos a expansão do cuidado para populações em áreas remotas (Almeida *et al.*, 2019).



No entanto, nem sempre a política consegue chegar até os lugares mais distantes, por isso, ainda é necessário criar lógicas e organizações tecnoassistenciais da atenção para acolher a população ribeirinha e rural.

O objetivo do presente texto é relatar a experiência acerca do acolhimento e educação em saúde aos usuários ribeirinhos que fazem parte da área de abrangência das Estratégias de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), e que são acolhidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Manicoré. As atividades foram desenvolvidas pela ESF na UBS João Pereira de Oliveira, no centro de Manicoré, no período de março de 2022 a fevereiro de 2023.



## A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Segundo a PNAB, as UBS devem ser instaladas próximo onde a sua população adstrita mora, trabalha, estuda e vive. É o ponto central para o acesso a população a uma saúde de qualidade, buscando dar respostas aos principais problemas de saúde. Desse modo, é possível fazer uma gestão do cuidado tendo o usuário e a comunidade como o centro da atenção. Portanto, a ESF tem uma atenção territorializada e é responsável pela compreensão e o entendimento das principais demandas do lugar (Brasil, 2017).

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2017, p. s.d).

A Atenção Básica, através das ESF tem a responsabilidade de realizar uma atenção voltada para a realidade de cada lugar, contexto e território, buscando a integralidade do cuidado. Assim, considerando as características da Amazônia como as suas distâncias, sua extensa rede hidrográfica, a dispersão populacional, a logística de acesso, é fundamental pensar em modelos tecnoassistenciais que estejam mais próximas do cuidado da vida das pessoas, para transformar o “*longe muito longe*” num “*perto muito perto*” (Heufmann *et al.*, 2016).



## CUIDADO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA POR MEIO DAS EQUIPES FLUVIAIS E RIBEIRINHAS

A Estratégia de Saúde da Família, segundo a PNAB (Brasil 2017), busca a organização do processo de trabalho em torno das necessidades da população no território, necessitando dialogar com as características culturais, sociais e políticas de cada local. Na Amazônia ribeirinha, a saúde da família se desdobra em dois modelos de equipes: Estratégia de Saúde da Família Fluvial (eSFF) e Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR).

As eSFF desempenham suas funções na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), que tem uma permanência no território, no mínimo, de 20 dias, com viagens no período de 40 dias. A UBSF tem o diferencial de se deslocar até as comunidades, tendo um atendimento diretamente à população ribeirinha (Brasil, 2017). A grande inovação da UBSF é que possibilita o transporte da equipe completa no território líquido, produzindo acesso para as pessoas que historicamente estavam excluídas do processo de cuidado territorializado (Kadri *et al.*, 2022).

No período das viagens da UBSF, a população ribeirinha e equipe se deslocam pelos rios e lagos para acessar o cuidado em saúde. O meio de transporte é realizado por diversos tipos de embarcações, desde a famosa rabeta até embarcações maiores como barcos e lanchas rápidas com motores de maior potência. A presença das equipes nos territórios representa não somente um cuidado próximo do local de moradia, mas também significa uma economia para as populações, pois os custos de gasolina são altos, assim como o tempo de deslocamento significa estar fora do lugar de trabalho.

A sazonalidade hidrológica da Amazônia interfere nos processos de trabalho das equipes. No período da cheia é possível chegar até próxima das comunidades ribeirinhas mais distantes, quando o território é tomado pelas águas. Por outro lado, no período da seca, as águas secam, isolando as comunidades dos rios com águas mais profundas, como é o caso do rio Madeira. Desse modo, as equipes necessitam realizar longas caminhadas por praias e trilhas na mata, carregando os seus materiais, para fazer o cuidado em saúde.

As eSFR tem o diferencial de terem uma base fixa no território ribeirinho, por meio de uma UBS, principalmente quando o único modo de acesso é por meio fluvial. Em Manicoré, os trabalhadores da saúde ribeirinha possuem um regime de trabalho de 20 dias em área e 10 de folga, portanto, residem na comunidade durante o período em área. A eSFR planeja as ações programáticas da saúde, mas também desenvolve atividades de promoção da saúde e realiza visitas domiciliares nas comunidades adjacentes.

Segundo a PNAB (Brasil, 2017), o processo de trabalho da equipe inclui o planejamento e organização, agenda de fluxo da equipe de todos os profissionais e desenvolver ações que priorizem os grupos de risco. A equipe tem a competência de dialogar com as lideranças comunitárias e fazer a articulação com outros saberes e conhecimentos populares. No entanto, nem sempre é possível responder à todas as demandas e necessidades da população, ou porque o território é extenso ou porque nem sempre a equipe consegue chegar até as casas dos ribeirinhos. Assim, os deslocamentos dos usuários para a cidade acontecem e esses precisam ser acolhidos pelas ESF nas Unidades de Saúde.

O território ribeirinho tem as suas especificidades, o que significa que o trabalho em saúde também precisa ser específico. A população ribeirinha é uma categoria social, que produz sua vida na relação com as águas, construindo seus modos de vida num território eminentemente líquido. A relação com o ambiente é dinâmica, diretamente “influenciada pelo ciclo das águas” (Almeida *et al.*, 2022, p. 3).



## O MUNICÍPIO E ATENÇÃO BÁSICA: ACESSO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHÁ

Em março de 2021, foi realizada a escuta e o levantamento das demandas das populações ribeirinhas em seus territórios. Nesse momento, a gestão municipal estava em processo de implementação de seis eSFR e uma eSFF nas comunidades de referências que seriam os pontos de apoio para a saúde. Assim, foi necessário reformar e construir Unidades Básicas de Saúde para promover o atendimento da saúde da população.

A equipe de coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) realizou viagens e reuniões em todas as comunidades com os líderes e comunitários. Foi realizado um levantamento das necessidades e uma análise da área de abrangência de cada UBS, que envolve os rios, lagos e igarapés. Desse modo, foi possível chegar a uma cobertura ampla do território ribeirinho do município. Por fim, o município de Manicoré implantou 1 eSFF e seis eSFR, cobrindo o território ribeirinho.

Antes da Implantação das equipes ribeirinhas e fluvial, a população ribeirinha costumava ter a UBS João Pereira como referência, que está localizada na região central da cidade de Manicoré. O vínculo dos usuários com a equipe da UBS ainda permanece, portanto os usuários seguem buscando atendimento nessa Unidade.

As equipes de saúde realizavam viagens para as comunidades ribeirinhas, mas não estavam cadastradas como eSFR e nem tinham um processo de trabalho como definido para as equipes ribeirinhas. A atenção realizada seguia uma lógica campanhista, sem uma continuidade da atenção, realizando viagens com fins assistenciais. A partir de 2022, as equipes ribeirinhas passaram a ter um planejamento de viagens e de permanência na área, realizando um cuidado continuado e permanente. Atualmente, observamos que os usuários estão aderindo aos serviços de saúde nas suas respectivas equipes.

**Figura 01:** Usuários ribeirinhos na UBS João Pereira, aguardando atendimento e coleta de exames.



**Fonte:** Louyse Azevedo, 2023.



## O RIBEIRINHO VAI À CIDADE E DAÍ?

Apesar do município de Manicoré ter implementado as equipes da saúde ribeirinha com equipe profissional completa em Polos Base estratégicos, ainda assim, a população ribeirinha acessa a UBS do Centro da cidade (Figura 01). Al-

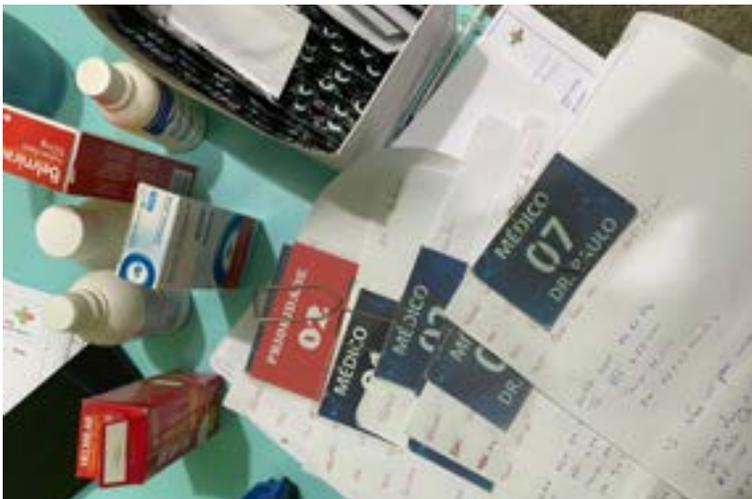
guns desafios se apresentam para realizar o atendimento dessa população, pois os usuários estão cadastrados em uma unidade de referência do seu território, correlacionados com o histórico de saúde, as medicações em uso contínuo, que orientam o cuidado próximo da sua residência e de seus modos de vida.

Os usuários relatam que vem à cidade para receber dinheiro e benefícios, realizar as compras do mês e aproveitam a viagem para buscar por atendimento na UBS. Chegam por meio de embarcação, voadeira, canoa/rabeta, sendo uma viagem cansativa pelo tempo de deslocamento e sujeitos às condições climáticas da região. Alguns ficam instalados na própria embarcação, que retorna no dia seguinte, outros na casa de parentes que residem no município.

No mesmo dia ou no dia seguinte, se dirigem à Unidade após realizar outros afazeres na cidade, aguardam em filas na frente da UBS até que seja aberta. Estes usuários entram no fluxo de demanda espontânea (Figura 02).

Na recepção é identificado o motivo da busca pelo serviço, buscando entender se é porque a equipe não está em área ou porque não houve adesão do serviço na própria comunidade ou no polo mais próximo. A partir daí, é realizado o primeiro atendimento com o médico ou enfermeira. Caso seja necessário, é solicitado a realização de exames e agendamentos com especialistas. Dependendo da necessidade, é possível realizar agendamentos hospitalares, exigindo que os usuários permaneçam na cidade.

**Figura 02:** Fluxo de atendimento na UBS João Pereira de Oliveira.



**Fonte:** Louyse Azevedo, 2023.

Em seguida aos atendimentos, a equipe da UBS inicia o processo de educação em saúde, pontuando a importância do vínculo no serviço de saúde mais próximo à sua comunidade. Do mesmo modo, informa sobre a importância de manter as consultas em dia, o uso correto das medicações de uso contínuo e vacinação (Figura 02). Além disso, destacamos que não temos um controle sobre o retorno e onde encontrar esses usuários caso inicie, por exemplo, um pré-natal, pois muitas voltam somente para o parto na cidade e não temos a possibilidade de busca ativa para os ausentes para continuação do cuidado (Figura 03).

**Figura 03:** Primeiro atendimento a gestante ribeirinha na UBS João Pereira de Oliveira.



Fonte: Alan Kaique, 2023.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe tem o desafio de realizar uma consulta continuada, pois não se tem garantia de retorno em data marcada, do mesmo modo que desconhece o histórico do usuário, impossibilitando a realização de agendamentos de exames porque sempre há a pressa em retornar para a comunidade. Do mesmo modo, não há possibilidade de estabelecer vínculo entre o usuário a Estratégia de Saúde da Família, devido à descontinuidade do cuidado.

Apesar dos usuários não fazerem parte da área de abrangência de UBS, atendemos da melhor maneira possível, tentando resolver suas queixas dentro das possibilidades que nos cabe enquanto trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Assim, buscamos estratégias para um bom acolhimento e resolutividade: consulta, realização exames em tempo hábil, entrega de medicação, escuta e orientação sobre a melhor forma de buscar atendimento. Entendemos que é fundamental uma boa comunicação entre as equipes e as Unidades de Saúde de referência dos usuários para a informação dos procedimentos e demandas.

O primeiro contato é importante para um acolhimento humanizado, com informações confiáveis e transparentes, auxiliando o usuário a procurar o serviço de saúde mais próximo do seu território. Importante o usuário entender o significado do vínculo com a equipe do território para a continuidade do cuidado e a reabilitação da saúde. Reforçamos que as eSFR estão em processo de implantação, mas temos certeza que teremos um usuário atendido no seu lugar, diminuindo, assim, a demanda da UBS da cidade.

Realizamos a elaboração de um questionário para identificar as demandas frequentes e quais eSFR e comunidades mais procuraram o serviço de janeiro a junho de 2023, obtivemos os seguintes resultados: ESF Barro Alto, ESF Capanã Grande, ESF Democracia e ESF Verdum. As comunidades são: Barro Alto, Democracia, Liberdade, Ponta do Campo, Braço Grande, Bom Suspiro e Terra Preta Atininga. A área indígena também possui grande demanda na Unidade, principalmente a parte do Rio Maturá. A disposição das Estratégias corresponde a ordem por demanda de usuários.

Com os pacientes de maior gravidade identificados, buscamos comunicação com a equipe responsável da área de abrangência do usuário, para a busca ativa dos ausentes e continuação do cuidado. Sugerimos para equipes ribeirinhas o reforço da qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificação precoce de gestantes, possíveis doenças crônicas e outros agravos identificados na área.

Salientamos aos usuários a existência das Unidades próximas das comunidades, juntamente com a UBS Fluvial que abrange as comunidades que se utilizam da via fluvial para o atendimento, realização de exames e dispensação de medicação com a equipe multidisciplinar. Outra estratégia abordada é o preenchimento da caderneta do idoso porque muitos não sabem ler e escrever, tendo como consequência o desconhecimento dos medicamentos utilizados. Essa estratégia é de grande importância para a inclusão desse grupo de usuários. Por fim, é importante destacar que temos uma equipe bem preparada, com experiência no atendimento de qualidade à população ribeirinha, para termos uma boa acolhida quando chegam na cidade.



## REFERÊNCIAS

- Almeida, V. F. D., Schweickardt, J. C., Reis, A. E. S., & Vieira Moura, G. P. D. S. (2022). Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 26, e210769.
- Almeida, E.R., Brandão, C.C., Matielo, E., Santana, M.A., Ugarte, O.A., & Costa, T.S. (2019). Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto amazônico. In: Schweickardt, J.C., Kadri, M.R. & Lima, R.T.S. **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-na-regiao-amazonicasaberes-e-praticas-para-o-fortalecimento-do-sus/>
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Portaria NO 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Acessado em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Heufemann, N.E., Schweickardt, J.C., Lima, R.R. S., Farias, L. N., & Moraes, T. L.M. (2016). A produção do cuidado no 'longe muito longe': a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: Feuerwerker, L., Bertussi, D.C., & Merhy, E. E. (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis.
- Kadri, R. M., Santos, B. S, Lima, R. T. S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface** (Botucatu) 2019; 23:e180613.

Lima, R. T. D. S., Fernandes, T. G., Martins Júnior, P. J. A., Portela, C. S., Santos Junior, J. D. O. D., & Schweickardt, J. C. (2021). Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26, 2053-2064.

Moreira, M. A., Schweickardt, J. C., Alves, V. C. M., Lima, G. A., & Martins, F. M. (2023). Dez anos da UBS fluvial: uma política para as populações ribeirinhas. Schweickardt, J. C., Kadri, M. R. (org.). **Um laboratório produzindo inovações em saúde nas Amazônias: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 27). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-074-1.

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

# Travessia no território: implantação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha do município de Manicoré



**Mesraim Salef Rocha do Rosário**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Manoel Cetauro da Fonseca Júnior**  
**Liliane da Silva Soares**  
**Sabrina Araújo de Melo**  
**Adilson Nascimento de Oliveira**



## INTRODUÇÃO

**H**ouve um grande avanço da odontologia em termos científicos e estruturais, no entanto, a cárie é uma doença que atinge precocemente a população. Nesse contexto, as relações entre a estética e a saúde oral, particularmente, são complexas, e envolvem dimensões sociais, culturais e psicológicas. É importante olhar a odontologia desde uma perspectiva de promoção de saúde, não apenas no cuidado da saúde bucal, mas do indivíduo, com os seus medos, angústias e prazeres, ou seja, de forma integral (Elias *et al.*, 2001).

O acesso à saúde bucal é um direito fundamental de todo cidadão. No entanto, nas regiões mais isoladas do país, muitas vezes, o acesso se torna extremamente difícil. Na área ribeirinha do município de Manicoré, essa realidade não é diferente. As comunidades rurais da região, situadas às margens dos rios que cortam a região, muitas vezes, ficam à margem dos serviços de saúde disponíveis na cidade.



Foi nesse contexto que a secretaria municipal de saúde, juntamente com a prefeitura municipal de Manicoré, iniciou um projeto desafiador: a implantação de equipes de saúde bucal na zona ribeirinha do município. Na execução desse projeto, foram enfrentadas diversas dificuldades, no entanto, os resultados obtidos foram e continuam extremamente satisfatórios, contribuindo para a promoção da saúde bucal nas comunidades ribeirinhas da região.

Neste capítulo, iremos abordar o processo de implantação das equipes de saúde bucal na travessia do território líquido, discutir os resultados e os desafios para levar os serviços de saúde bucal às comunidades mais remotas da região. Ademais, o presente texto também é uma homenagem aos profissionais de saúde bucal que se dedicaram a esse trabalho e o registro de uma experiência que pode inspirar outras iniciativas de promoção da saúde nas regiões mais remotas do país.

A implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas contribuiu de forma significativa para a melhoria da saúde bucal dessa população. Antes da implantação, apenas 11% da população era assistida por esse serviço de saúde. O trabalho de sensibilização e educação em saúde ajudou a mudar a cultura de cuidados em saúde bucal nas comunidades ribeirinhas do município e garantiu acesso a uma política tão importante.



## INCLUSÃO DA SAÚDE BUCAL COM DIREITO SOCIAL

O acesso a saúde bucal cumpre com a prerrogativa da garantia do direito à saúde, universal, integral, equânime, como estabelece a Lei 8080/1990. A inclusão da saúde bucal na saúde ribeirinha representa avanço importante na busca pela consolidação dos princípios fundamentais do SUS. Reconhece que a saúde bucal é fundamental para a qualidade de vida e o bem-estar das comunidades ribeirinhas, e deve estar disponível e acessível.

O aprendizado com essa experiência é valioso em diversos aspectos. Primeiramente, foi possível compreender a importância de considerar as particularidades e desafios das áreas ribeirinhas ao planejar e implementar políticas de saúde bucal. A geografia, a infraestrutura limitada e o isolamento geográfico demandam abordagens adaptadas e estratégias específicas para garantir o acesso aos serviços odontológicos. Além disso, a inclusão da saúde bucal nas políticas de saúde ribeirinha ressalta a necessidade de uma abordagem integral e interdisciplinar. A saúde bucal não deve ser vista isoladamente, mas sim como parte integrante da saúde geral das pessoas, atendendo ao princípio da integralidade (Brasil, 1990). A articulação entre os profissionais de saúde bucal, os profissionais de atenção básica e outros

membros da equipe de saúde é fundamental para promover uma abordagem holística e abrangente.

Outro aspecto importante é o reconhecimento da importância da prevenção e da promoção da saúde bucal. Ações educativas e preventivas são fundamentais para conscientizar as comunidades ribeirinhas sobre a importância dos cuidados bucais e incentivar práticas saudáveis. Essas ações podem contribuir para a redução da incidência de problemas bucais e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Além disso, a inclusão da saúde bucal como direito dos ribeirinhos também destaca a importância da participação social e do envolvimento das comunidades. É essencial ouvir as necessidades e demandas dos ribeirinhos, envolvê-los nas decisões e nas ações de saúde bucal, e promover a autonomia e a capacitação para que possam ser agentes ativos na promoção de sua própria saúde.



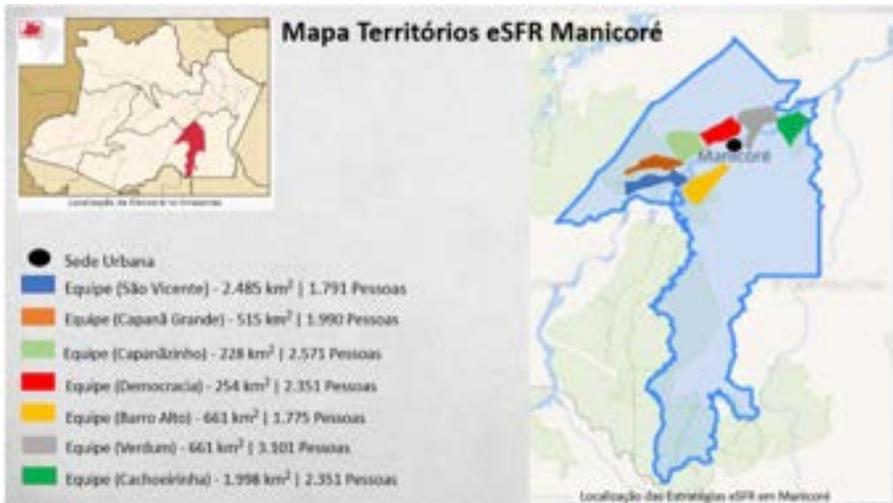
## TERRITÓRIO LÍQUIDO DE MANICORÉ/AM

O território ribeirinho de Manicoré, localizado no estado do Amazonas, é uma região de extrema importância e características singulares. Composto por áreas próximas aos rios e igarapés da região amazônica, apresenta desafios específicos relacionados à saúde bucal e ao acesso aos serviços odontológicos. A vida ribeirinha em Manicoré está intimamente ligada às águas dos rios, sendo uma população que depende do rio para a locomoção, abastecimento de água, alimentação e subsistência. No entanto, essa proximidade com os rios também traz desafios para a saúde bucal da população local.

As comunidades têm como principal fonte de renda a agricultura e pesca, a água vem dos rios e lagos, em muitas áreas ribeirinhas do nosso município, o acesso aos serviços odontológicos pode ser limitado devido à dificuldade de acesso a algumas regiões, porque alguns territórios sofrem mudanças nos períodos de seca e cheia, dificultando ou facilitando o acesso. Isso pode impactar a capacidade de realizar procedimentos odontológicos mais complexos nas áreas ribeirinhas (Figura 01).



**Figura 01:** Cobertura das Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) do município de Manicoré/Amazonas.



**Fonte:** Coordenação de Planejamento, Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA/MANICORÉ)

Outro aspecto importante é a capacitação e educação permanente desses profissionais, para que estejam preparados para lidar com as particularidades e desafios do território ribeirinho. A utilização de barcos e embarcações adaptadas como unidades móveis de saúde pode ser uma estratégia eficaz para levar atendimento odontológico às comunidades ribeirinhas mais isoladas. A participação da população ribeirinha também é essencial nesse processo. A promoção de ações educativas, como rodas de conversas e oficinas sobre saúde bucal, pode ajudar a sensibilizar e engajar as comunidades nos cuidados bucais e a busca por serviços de saúde disponíveis.



## COMO TUDO COMEÇOU

O município de Manicoré possui uma vasta extensão de território onde, muitas famílias, vivem às margens dos rios e igarapés, e formam as comunidades ribeirinhas. O acesso a essas comunidades e oferta de serviços de saúde apresentam desafios e algumas dificuldades, tendo em vista fatores relacionados principalmente ao meio ambiente (como os períodos de seca e estiagem). Nesse contexto, conhecer esse território é o primeiro passo para implementar qualquer projeto, seja na área de saúde ou áreas afins. Assim, para implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas foi realizado com as comu-

nidades polo, um levantamento das demandas e necessidades das populações em seus territórios (Figura 02). A partir disso, foi realizado um planejamento entre prefeitura e secretaria municipal de saúde para acordar a construção e implementação das equipes de saúde bucal em sete comunidades ribeirinhas estratégicas. Sendo elas, distrito de São Vicente, Ponta do Campo (Capanã Grande), Capanazinho, Democracia, Barro Alto, Verdum e Cachoerinha.

**Figura 02:** Levantamento das demandas e necessidades das populações ribeirinhas realizado pela secretaria municipal de saúde e equipe de saúde.



**Fonte:** Arquivo pessoal, 2023.

No processo de planejamento das equipes de saúde bucal nas áreas ribeirinhas, foi fundamental contar com o apoio e engajamento de diversos setores de saúde. A coordenação teve articulação e empenho, fundamentais para garantir uma abordagem abrangente e integrada, fortalecendo a prevenção e a promoção da saúde bucal nas áreas ribeirinhas. Suas expertises e conhecimentos técnicos foram essenciais para identificar as demandas e necessidades da população ribeirinha, bem como para propor soluções viáveis e eficazes.

Com o comprometimento e trabalho conjunto, foi possível planejar e implementar ações visando melhorar a saúde bucal das comunidades ribeirinhas, proporcionando acesso igualitário e cuidados adequados para todos. Diante da extensão da área rural e o número de pessoas que necessitavam de cuidados, foi dado início à contratação e inscrição/cadastramento dos novos profissionais Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal das Estratégias de Saúde da Famí-

lia Ribeirinha (eSFR) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para ocorrer a Implantação, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

- Levantamentos de dados, análise da cobertura e da qualidade dos serviços;
- Apresentação e Aprovação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde em abril de 2021;
- Aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite;
- Credenciamento das equipes publicado em diário oficial no dia 10 de setembro de 2021;
- Contratação das equipes de saúde bucal;
- Aquisição de Equipamentos Odontológicos Portáteis;
- Aquisição de Escovódromo;
- Aquisição de Kits de Escovação (Escova, creme dental e fio dental).



## FAZER SAÚDE BUCAL NO SUS

O termo Atenção Básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação do SUS, que deixa evidente os seus princípios e suas diretrizes organizativas e incorporado pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois materializa, desde a sua implantação, uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, a construção da atenção básica no SUS. A saúde bucal tem tido uma participação mais destacada a partir de Programas como o Brasil Sorridente (Lucena *et al.*, 2011).

No contexto de saúde bucal, o SUS desempenha um papel crucial ao disponibilizar serviços odontológicos para a população, mesmo diante dos inúmeros desafios enfrentados (Figura 03). Apesar das dificuldades, é preciso exaltar a importância da saúde bucal no SUS. É uma luta constante e necessária para garantir que cada usuário tenha acesso aos cuidados adequados para manter sua saúde bucal em dia. Cada sorriso restaurado, cada dor aliviada e cada prevenção realizada são gratificantes e estimulam a continuidade do trabalho.

A saúde bucal não deve ser tratada como um luxo, mas sim como um direito básico de todos os cidadãos. Ela impacta diretamente a saúde geral, a autoestima e a qualidade de vida das pessoas. Por isso, devemos valorizar e apoiar os esforços do SUS na promoção da saúde bucal, incentivando a sensibilização, a prevenção e a busca por tratamento. Reconhecer a importância da saúde bucal no SUS, estimulando a valorização dos profissionais e reivindicando investimentos que garantam melhores condições de atendimento. Juntos, podemos construir um sistema de saúde que ofereça a todos a oportunidade de sorrir com saúde e dignidade.

**Figura 03:** Profissional de saúde bucal no desafio de acessar à população ribeirinha.



**Fonte:** Arquivo pessoal, 2023.



## SAÚDE BUCAL NA ÁREA RIBEIRINHA

Para entender os desafios das equipes de saúde bucal no acesso das comunidades ribeirinhas do município, realizamos esse relato de experiência para apresentar os resultados alcançados por meio da implantação dessas equipes.

O investimento feito na odontologia no município de Manicoré tem possibilitado uma maior oferta de serviços de saúde bucal pelas equipes nas comunidades ribeirinhas. Com a utilização de equipamentos portáteis (Figura 04). Desse modo, é possível realizar, por exemplo, restaurações, profilaxias, trabalhos coletivos como escovação supervisionada e distribuição de kits de higiene oral (Figura 05).

O trabalho realizado pela equipe de saúde bucal tem sido de grande importância para a zona rural de nosso município beneficiando de forma significativa os moradores das comunidades ribeirinhas. Através de ações, visitas domiciliares, atendimentos e palestras percebem um retorno favorável da comunidade. É possível identificar como percebem a importância de ter uma saúde bucal. Por outro lado, entendemos a necessidade de manter o atendimento regular e contínuo como meio de promover saúde efetiva e de qualidade. Assim, podemos destacar que a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades rurais da região teve um impacto muito positivo na promoção da saúde bucal da população local.

**Figura 04:** Equipamento Portátil para a realização de diversos procedimentos odontológicos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

**Figura 05:** Distribuição de kits de higiene oral para crianças ribeirinhas.

Fonte: Arquivo pessoal, 2023.



## OS RESULTADOS

Após um período de trabalho árduo e constante, os resultados da implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas foram altamente satisfatórios. As equipes conseguiram atingir uma cobertura de 100% das comunidades ribeirinhas, alcançando todos os moradores e prestando serviços de qualidade a todos.

O indicador de saúde bucal mostrou melhora significativa, como observado na figura 06, a qual apresenta um aumento na proporção de atendimentos odontológicos realizados em gestantes correspondendo a evolução do indica-

dor 3. Outras melhorias também foram observadas, considerando que a população local passou a ter amplo acesso a serviços de prevenção, como escovação supervisionada e aplicação de flúor, o que contribuiu para a sensibilização do individual e coletiva da comunidade. As equipes de saúde bucal conseguiram promover a mudança de hábitos e comportamentos em relação à saúde bucal, com o reconhecimento da população sobre a importância de cuidados preventivos e incentivando a adoção de práticas saudáveis.

**Figura 06:** Evolução do indicador de saúde bucal.



**Fonte:** Banco de dados da SEMSA Manicoré, 2023.

A implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas de Manicoré resultou em uma cobertura de 100%, melhorando o indicador de saúde bucal e a sensibilização da população sobre a importância da prevenção e cuidados com a saúde bucal. Esses resultados são muito satisfatórios e indicam o sucesso do projeto.

## EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS

A implantação da equipe de saúde bucal na área ribeirinha trouxe consigo mudanças significativas, tanto para as comunidades próximas quanto para as mais distantes. Essas conquistas e resultados positivos foram possíveis devido a aquisição de equipamentos para auxiliar no trabalho realizado na zona rural,

como por exemplo: o Consultório Odontológico Portátil que é composto por uma cadeira, mocho, refletor, maleta odontológica e um compressor odontológico esse equipamento permitiu uma significativa ampliação de serviços ofertados (Figuras 07e 08).

**Figura 07:** consultório móvel.



Fonte: Arquivo SEMSA Manicoré, 2023.

**Figura 08:** Cadeira, mocho, refletor, maleta odontológica e compressor.



Fonte: Arquivo SEMSA Manicoré, 2023.

A ação coletiva com os moradores é de grande relevância, especialmente para o público infantil com quem é trabalhada a educação em saúde e sensibilização para mudança de hábito. Foi feito investimento em macromodelos que são modelos de boca em grande escala acompanhada por escovas para ilustrar e ensinar a forma correta da escovação (Figura 09), e no equipamento escovódromo portátil que é composto por duas pias, dois espelhos, dois reservatórios (Figura 10). Também foram adquiridos 8 mil kits de saúde bucal compostos por 1 escova, 1 fio dental e 1 creme dental (figura 11), possibilitando assim um trabalho mais amplo e de melhor qualidade.

**Figura 09:** Cirurgião-dentista com macromodelo demonstrando a forma correta de escovação.



**Fonte:** Arquivo SEMSA Manicoré, 2023.

**Figura 10:** Equipamento escovódromo portátil dos dentes para criança ribeirinha.



**Fonte:** Arquivo SEMSA Manicoré, 2023.

**Figura 11:** Kit de saúde bucal para distribuição.

**Fonte:** Arquivo SEMSA Manicoré, 2023.

A aquisição de materiais odontológicos adequados foi um benefício crucial para garantir o atendimento e a qualidade dos serviços. Um dos resultados positivos alcançados foi a melhoria da qualidade de vida da população ribeirinha. Através de consultas regulares, tratamentos odontológicos e ações preventivas, muitos problemas bucais foram prevenidos, tratados e solucionados. Isso resultou em uma redução significativa da dor, desconforto e complicações associadas às condições bucais, permitindo que as pessoas desfrutassem de uma melhor saúde geral. Além disso, a implantação da equipe de saúde bucal também teve um impacto positivo na autoestima e na qualidade de vida das comunidades ribeirinhas. A recuperação de sorrisos, a resolução de problemas estéticos e a reabilitação de funções mastigatórias trouxeram um aumento da confiança e do bem-estar das pessoas, refletindo em sua interação social e autoconfiança.

A disponibilidade de instrumentais, equipamentos, medicamentos e materiais de qualidade possibilitou um atendimento mais eficaz e seguro. Isso contribuiu para a realização de procedimentos odontológicos diversos, desde a restauração de dentes até a confecção de próteses, aumentando a capacidade da equipe em atender às demandas das comunidades ribeirinhas. Essa requisição beneficiou tanto as comunidades mais próximas quanto as mais

distantes. Assim, foi possível oferecer um atendimento mais equitativo, reduzindo as disparidades de acesso e ampliando o alcance dos cuidados odontológicos nas áreas ribeirinhas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos desafios enfrentados e superados pela equipe de saúde bucal na implantação de serviços nas comunidades ribeirinhas de Manicoré, podemos concluir que a presença de profissionais de saúde nas áreas mais remotas é fundamental para a promoção da saúde e qualidade de vida da população local. Além disso, a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas foi um exemplo concreto da importância da ESF na promoção de cuidados preventivos e na mudança de comportamento em relação à saúde bucal. É importante ressaltar que o sucesso do projeto não teria sido possível sem os investimentos realizados em equipamentos, materiais, a dedicação e o comprometimento dos profissionais de saúde, que enfrentaram dificuldades e superaram obstáculos para levar serviços de qualidade à população ribeirinha. A interação dos profissionais com a comunidade local também foi um fator crucial para o sucesso do projeto, mostrando a importância do diálogo e da escuta ativa na promoção da saúde.

Todavia, a inserção da equipe de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas também trouxe desafios e dificuldades. A falta de infraestrutura adequada nas localidades mais remotas, como energia elétrica e água tratada, tornou o trabalho dos profissionais de saúde mais difícil. Além disso, a navegação pelos rios para chegar às comunidades ribeirinhas pode ser perigosa em algumas épocas do ano, o que exige cuidados especiais por parte das equipes de saúde. Mesmo diante desses desafios, a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas de Manicoré foi uma experiência que produziu a inclusão da população e o direito à saúde.

Isso nos mostra que a superação dos desafios enfrentados requer esforços coletivos e a parceria entre diversos atores, como profissionais de saúde, gestores públicos, comunidades e demais setores da sociedade. Somente através da cooperação e do compromisso conjunto é possível avançar na promoção da saúde bucal e na garantia do direito à saúde para todos. Esse aprendizado nos permite buscar soluções inovadoras, fortalecer políticas públicas e direcionar esforços para superar as barreiras existentes, garantindo o acesso universal e equânime aos serviços de saúde bucal nas áreas ribeirinhas e promovendo a saúde e o bem-estar das comunidades envolvidas.

Esse projeto, constitui-se um fator relevante para que haja universalidade, integralidade e equidade, proporcionando reflexões quanto ao fazer saúde no



coração da Amazônia/Manicoré. A dedicação e o comprometimento dos profissionais de saúde são fundamentais para levar cuidados de qualidade a todas as pessoas, independentemente de onde vivem.

### Manicoré, aqui tem SUS!



## REFERÊNCIAS

- Elias, M. S., Cano, M. A. T., Mestriner Junior, W., & Ferriani, M. das G. C.. (2001). A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, 9(1), 88–95. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000100013>
- Lucena, E. H. G. de, Júnior, G. A. P., & Sousa, M. F. de. (2011). A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 5(3), pg. 53–63. <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1042>

# Saúde bucal do idoso: reabilitando a fonética, restaurando sorrisos e devolvendo autoestima através de próteses dentárias



**Sheysa Furtado Mota Bianchin**  
**Antonietta Silva Brasil**  
**Edcarla Pinheiro da Silva**  
**Sandra Rego Santana**  
**Odete de França Vieira**  
**Jucimar do Nascimento Rodrigues**



## INTRODUÇÃO

**A** população do Município de Manicoré é de 53.914 pessoas, com 4.576 pessoas acima de 60 anos, conforme o Censo (IBGE, 2022). Diante disso, a saúde bucal e a reabilitação oral dos idosos é uma preocupação para gestores e trabalhadores da saúde por se constituir num problema de saúde pública.

A população brasileira vem sofrendo alterações demográficas com o passar dos anos. Esse aumento na expectativa de vida resultou no crescimento da população idosa do país, necessitando proporcionar às pessoas um envelhecimento com qualidade de vida (Sales *et al.*, 2017, p. 120).

A saúde do idoso e a qualidade de vida desse indivíduo está relacionado a vários aspectos fisiológicos, patológicos, emocionais, econômicos que vão influenciar no nível da sua saúde. A saúde bucal do idoso interfere diretamente na fonética, autoestima, sistema estomatognático e desnutrição.

A prótese dentária é a ciência que provê substitutos para a porção

coronária dos dentes e os tecidos moles perdidos, tendo por objetivo, restaurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto, a saúde do paciente, a fonética, a postura e restabelecer um equilíbrio no sistema estomatognático (Oliveira *et al.*, 2018, p.9).

Pensando nesse usuário como um todo e não mais em uma área apenas a ser tratada e cuidada, escolhemos relatar a reabilitação de pacientes idosos edentulos (pacientes com perdas de um ou mais dentes) parcial e total na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Laurinda em Manicoré. Algumas pessoas relataram estar sem dentes desde a juventude, sendo assim tem o desejo pela reabilitação por meio de Próteses Dentárias. Alegam que a falta de recursos financeiros foi a maior barreira para a colocação de próteses.

Os relatos e queixas foram expostos nas consultas nos consultórios na UBS e nas visitas domiciliares. A queixa mais relatada foi a dificuldade para falar e mastigar; a segunda queixa foi o desejo de voltar a sorrir: “*ter dentes para mostrar*”. Com isso destacamos que com o Sistema Único de Saúde (SUS) é possível realizar o sonho de usuários idosos que por muitos anos ficaram excluídos desse tipo de atenção. Assim, como nos calar ou nos omitirmos diante de um problema de saúde pública? Como ficar acomodados diante de tantos relatos e queixas?

Por fim, buscamos relatar a experiência de reabilitação dos pacientes idosos pertencentes a área de abrangência da UBS, que está vinculada à Atenção Primária em Saúde do município, onde são atendidos os usuários.

## CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O SUS oferece vários tratamentos de saúde bucal no nível da atenção básica e assistência aos seus usuários. A reabilitação através das próteses dentárias está na atenção secundária por se tratar de especialidade da Odontologia (Brasil, 2018).

A Secretaria de Saúde do Município se sensibilizou com a situação e tornou possível a reabilitação oral desses pacientes, reabilitando fonética, mastigação e principalmente qualidade de vida a esses usuários da Atenção Básica em Saúde.

A UBS Mãe Laurinda está localizada na zona urbana, a 2 km de distância do centro da cidade. A Unidade assiste aproximadamente 7 mil usuários do SUS em seu território de abrangência: bairros São Domingos Sávio, Nossa Senhora do Rosário, São Sebastião, Novo Horizonte, Mazzarello; duas Comunidades suburbanas: Barreira e Igarapezinho que têm acesso fluvial e terrestre. O funcio-

namento da UBS acontece de segunda feira a sexta feira, no horário de 07:00 até 11:00 horas e 13:00 até 17:00 horas.

A UBS é formada por 2 equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, equipe 003 e equipe 004, compostas por 1 enfermeira, 1 médico, 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal, 2 técnicos de enfermagem em cada equipe. Na UBS há dois consultórios odontológicos, que incluem atendimentos: procedimento restaurador (restaurar a forma e a função do dente após destruição pela doença cárie), exodontia (arrancar o dente) agendada, exodontia de urgência, profilaxia (limpeza de dente com pasta profilática), aplicação tópica de flúor, aplicação de selantes (aplicação de barreira protetora no dente), orientação de higiene bucal, orientação quanto a higienização de prótese dentária, rodas de conversa sobre prevenção à doença cárie, câncer bucal e cuidados durante a gravidez e puerpério.

Neste contexto, as Equipe de Saúde Bucal (ESB), no decorrer das consultas e de cada atendimento feito na UBS e nas residências através das visitas domiciliares, tiveram papel fundamental para diagnosticar o edentulismo e os prejuízos causados. Foi realizado o levantamento de pacientes da área de abrangência da UBS Mãe Laurinda que necessitavam da reabilitação. Após confirmação de dados através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também fizeram visitas a esses pacientes, foi colocado como pré-requisito a condição financeira para que o princípio da equidade acontecesse, possibilitando a concretização do respeito à igualdade de direitos aos que mais necessitavam da reabilitação. Assim, tivemos 60 pacientes da área de abrangência da UBS que foram beneficiados pelo cuidado da equipe de saúde bucal (Figura 01).

**Figura 01:** Foto referente à visita domiciliar realizada na Comunidade Barreira.



Fonte: Próprio autor, 2022.



## INCLUSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS

A reabilitação oral dos pacientes idosos da UBS Mãe Laurinda começou pela observação da necessidade dos usuários: muitas ausências dentárias, queixas de dificuldades na fonética e função mastigatória. A partir daí iniciou-se a busca ativa dos ACS em suas microáreas, realizando o cadastramento para a identificação dos usuários edêntulos e sua condição.

Após esse levantamento, os pacientes foram encaminhados ao Consultório Odontológico da UBS, para que a ESB iniciasse o processo de cuidado de saúde bucal. Durante esse tratamento foi realizado os seguintes procedimentos: profilaxia, aplicação tópica de flúor, raspagem supra gengival, exodontia e restauração. O procedimento protético melhora de modo significativo a qualidade de vida da pessoa.

Em fevereiro de 2022, os usuários aptos para a reabilitação deram início ao procedimento de Moldagem para a confecção das Próteses na UBS Mãe Laurinda. (Figura 2 e 3) Após a moldagem das arcadas, o usuário é submetido ao processo de morder uma cera para reproduzir a oclusão. Após cópia da mordida, o técnico pode realizar a montagem dos dentes superficiais. Esses dentes estão em tamanho e forma específico para cada paciente, levando em consideração o seu gênero. Assim, o técnico consegue reproduzir a montagem dos dentes mais próximo ao dente natural e oclusão de cada pessoa. O último processo que acontece na UBS é a prova dos dentes, que depois da aprovação do processo, a prótese segue para finalização no Laboratório. (Figura 03 e 04)

**Figura 02:** Momento inicial: moldagem para confecção das Próteses.



Fonte: Próprio autor, 2022.

**Figura 03:** Momento de moldagem e vazamento dos moldes.



Fonte: Próprio autor, 2022.

**Figura 04:** próteses na fase final (acrilização) no Laboratório em Manaus.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

A confecção da Prótese é realizada no Laboratório que está localizado na cidade de Manaus. Neste processo que acontece em Laboratório inclui-se Acrilização, Acabamento e Polimento da Prótese.

Ao avaliar a efetividade da reabilitação desses pacientes idosos, percebemos claramente o anseio pelo produto final. Para muitos, a reabilitação era uma realidade distante ou impossível de acontecer devido à condição financeira. No decorrer das consultas, seja na UBS ou em visita domiciliar, os planos já eram contados e almeçados para a pós reabilitação, sendo o principal deles o restabelecimento da estética da face e do sorriso. Poder sorrir e não precisar colocar a mão na boca ou sorrir com lábios cerrados significa a conquista de cidadania e de saúde dessas pessoas (Figura 05).

No dia 21 de abril de 2022 aconteceu a entrega e adaptação das Próteses. Foram entregues 119 Próteses, entre elas Prótese Total Removível (PT – quando

o paciente perdeu todos os dentes) e Prótese Parcial Removível (PPR – quando o paciente perdeu um ou mais dentes, ou seja, perda parcial de dentes). A entrega aconteceu na UBS e os usuários foram orientados quanto a higienização das próteses, a continuidade do uso. As ESB se empenharam em dar apoio e suporte em casos de necessidade de retorno para ajuste ou desgaste necessários para melhor adaptação à prótese. A participação e o envolvimento dos familiares nesse processo de reabilitação, mostrou a importância do cuidado com os idosos (Figura 7, 8 e 9).

**Figura 06:** Essa foto revela a alegria, gratidão, entusiasmo e cidadania ao reabilitar e poder voltar a sorrir.



Fonte: Próprio autor, 2022.

**Figura 7:** Entrega e adaptação da Prótese. O sorriso representa agradecimento.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

**Figura 8:** Mais um sorriso devolvido, mais uma reabilitação realizada com sucesso.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

**Figura 9:** Antes e Depois – Reabilitação da estética, fonética e função mastigatória para pacientes desdentados totais da UBS Mãe Laurinda superou as expectativas iniciais ao tratamento.



Fonte: Próprio autor, 2022.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que os impactos para a saúde do Idoso após reabilitação são extremamente positivos, melhorando a autoestima, fonética e função mastigatória. Esses resultados se confirmam quando as ESB avaliam a qualidade das próteses, auxiliando os usuários para que haja a continuidade do uso pelos pacientes.

A partir da fala dos usuários que foram reabilitados na UBS podemos dizer que houve a produção do acesso. Esses usuários relataram a alegria de não

ter que sair do seu município para ir à Capital nos CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) para receber a prótese dentária. Outro relato positivo foi a questão financeira, pois não precisaram pagar pelo serviço de reabilitação. Nesse momento, foi possível conversarmos sobre a importância do SUS, sendo nosso dever defendê-lo, principalmente por proporcionar o restabelecimento da saúde e o direito a saúde. O tempo de espera de entrega das próteses envolve um longo período de tempo entre a primeira moldagem até a entrega e adaptação das próteses. Os usuários mencionam a sua satisfação com o atendimento e o acolhimento dado pela equipe do Laboratório de Prótese que veio ao Município realizar os atendimentos.

Foi possível notar quão grande é o número de usuários que ainda necessitam das próteses para a reabilitação oral e que, ainda não é uma realidade para todos. Observamos que o esforço de uma boa gestão pode amenizar o sofrimento e os prejuízos causados pelo edentulismo. As ESB se empenham para dar saúde aos usuários, através de promoção e prevenção, levando cura para a doença cárie e periodontal, reabilitando através das próteses dentárias.

Os servidores e colaboradores da UBS Mãe Laurinda que realizam o primeiro contato na atenção primária, que ouvem as primeiras queixas dos usuários, tem o desejo realizar um cuidado humanizado e atencioso. Por fim, ver a reabilitação acontecer, só resta receber os sorrisos de gratidão, as lágrimas e o obrigado.



## REFERÊNCIA

- Junior, J.B.C., Caldarelli, P.G. & Júnior, H.L.L. (2016). Reabilitação oral e satisfação de um paciente atendido no Sistema Único de Saúde: relato de caso. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 15(2) 131 - 134, Abr./Jun. [www.cro-pe.org.br](http://www.cro-pe.org.br)
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm\\_source=ibge&utm\\_medium=home&utm\\_campaign=portal](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal). Acessado em 13 de março de 2024.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)
- Oliveira, D. & Silva, E.B. de S. (2018). O impacto da reabilitação oral na qualidade de vida de paciente desdentado parcial – relato de caso. **Trabalho de**

**conclusão de curso apresentado do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, Aracaju.**

Oliveira, R.M.P., Junior, N.G. de O., Cavalcanti, P.C. da S., Alves, M., Saidel, M. G.B., Dutra, V.F.D. & Loyola, C.M.D. (2021). A importância da saúde bucal na reabilitação psicossocial: sorrir e cuidar em saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e0610514578 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14578>

Sales, M.V.G., Neto, J.de A.F., Catão, M.H.C. de V. (2017). Condições de saúde bucal do idoso no brasil: uma revisão de literatura. **Arch Health Invest** (2017) 6(3): <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i3.1918>



# Procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos realizados na Unidade Básica de Saúde Emile Tássia Abreu Freitas



**Helinaldo Corrêa da Conceição**  
**Fabiola de Lima Campos**  
**Lívia de Carvalho Cudal**  
**Andria Ortiz Medeiros**  
**Josiane Silva de Oliveira**  
**Gabriel Douglas Santana Santos**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Tiago Novaes Pinheiro**



## INTRODUÇÃO

**O** presente trabalho tem como objetivo compartilhar a importância do exame clínico minucioso para detectar as diversas lesões diagnosticadas na unidade básica de saúde UBS - Emile Tássia Abreu Freitas, unidade está localizada no bairro Santo Antônio. Os procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos foram realizados no período fevereiro de 2018 a fevereiro de 2023, no município de Manicoré.

A ideia dessa experiência foi trabalhar não somente com a extração de dentes, mas também avaliar o usuário como um todo, respeitando os princípios da integralidade e equidade do SUS nas práticas realizadas pelas equipes



multiprofissionais. Assim, os profissionais necessitaram aprofundar os estudos para a ampliação do escopo de práticas na atenção básica. Com base no exposto, evidenciaram-se os aspectos clínicos gerais e bucais encontrados na prática da saúde bucal no território (Conceição, 2017).

Estudos mostram que lesões da cabeça e pescoço são comuns na prática de medicina oral. Dessa forma, é necessário um exame clínico mais apurado, saber mais sobre os hábitos das pessoas durante a anamnese. Informações detalhadas como: fatores de riscos, hábitos, características dos nódulos, bem como sinais e sintomas, haja vista o cirurgião-dentista não cuida somente de dentes, mas sim, das condições originadas por fatores locais, por exemplo, traumas ou por fatores sistêmicos, como: diabetes, hipertensão, doenças fúngicas, doenças renais crônicas, síndromes, medicação Talidomida (Camile, 2019).

Para a redação e discussão teórica do texto, foram realizadas consultas nas bases de dados MEDLINE, LILACS-BIREME, SCIELO, PUBMED, com a utilização dos descritores: odontologia, saúde bucal, lesões em boca, mucocelos, granulomas piogênicos, Anquiloglossia, comunicação bucosinusal, cárie dentária, trauma de escovação, pessoas com deficiência (PcD).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é o bem-estar-físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, acrescenta-se ainda: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país (Boraks, 2011).

Os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil, antes da constituição de 1988, demonstraram ineficácia, na medida em que não responderam, em níveis significativos, aos problemas apresentados pela população. A ineficiência era devido ao alto custo de execução e baixíssimo rendimento, apesar do grande desenvolvimento científico e tecnológico da Odontologia até nesse ano. Ademais só tinham direito a assistência odontológica pública os trabalhadores contribuintes do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social), assim como com outros setores da saúde. A assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizada individualmente pelo cirurgião-dentista (CD) (Pereira,2003; Santos, 2006; Brasil, 2006; Aerts, 2004).

A criação do Sistema único de saúde (SUS) em 19/9/1990, Lei nº 8080, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em 2023 a realidade na política de saúde bucal é outra, pois se tem as equipes de saúde bucal (eSB) junto à Equipe de Saúde da Família (ESF), esta composta de: médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde (ACS) (Pereira,2003;

Santos, 2006; Mattos, 2014 e Brasil, 2023).

A política Nacional de Saúde Bucal segundo o ministério da saúde, em 2023, alcançou um novo marco com a inclusão dela na lei orgânica da saúde, por meio da sanção da lei nº 8131/2017 pelo presidente da República. Dessa forma, a saúde bucal passa a ser um direito de todos os brasileiros (Brasil, 2023).

As equipes de Saúde da Família cirurgião-dentista (CD), auxiliar de saúde bucal (ASB), técnico de saúde bucal (TSB) são organizados nas seguintes modalidades: **Modalidade I:** dois profissionais: CD + ASB ou TSB, equipe à qual faz parte da UBS Emile Tássia; **Modalidade II:** três profissionais: CD + TSB + ASB ou TSB; **Modalidade III:** profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. A seguir serão apresentados uma série de casos que foram diagnosticados e tratados pela equipe de saúde bucal do município, estes ilustram a variabilidade de desafios encontrados no dia a dia.



## O DESAFIO DE OLHAR PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO

Neste tópico apresentamos alguns diagnósticos e tratamentos pela equipe de saúde bucal.



## GRANULOMA PIOGÊNICO

O granuloma piogênico apresenta um crescimento semelhante a tumor da cavidade oral que, tradicionalmente, tem sido considerado como tendo natureza não neoplásica, ou seja, é um aumento de volume com superfície lisa ou lobulada, que usualmente é pedunculada. A superfície é caracteristicamente ulcerada e varia da cor rosa ao vermelho e/ou roxo, dependendo da idade da lesão. Granulomas piogênicos jovens têm aparência altamente vascular, enquanto lesões mais antigas tendem a se tornar mais colagenizadas e apresentar coloração rosa. O tamanho pode variar de pequenos crescimentos com poucos milímetros, a grandes lesões que podem medir vários centímetros de diâmetro. Tipicamente, o crescimento é indolor, embora em geral sangre facilmente devido a extrema vascularização. Os granulomas piogênicos podem exibir um crescimento rápido, o que pode alarmar tanto o paciente quanto o clínico, ou seja, poderão temer uma lesão maligna (Rezende,2022).

Os granulomas piogênicos orais mostram uma marcante predileção pela gengiva, representando 75% dos casos. Em muitos pacientes, a irritação e a inflamação gengivais resultantes da má higiene oral podem ser fatores precipitadores. Embora o granuloma piogênico possa se desenvolver em qualquer

faixa etária, ele é mais comum em crianças e adultos jovens. Muitos estudos também demonstram uma predileção pelo gênero feminino, possivelmente devido aos efeitos vasculares dos hormônios femininos. Os granulomas piogênicos da gengiva frequentemente se desenvolvem em mulheres grávidas, quando os termos tumor gravídicos ou granuloma gravídico geralmente são usados. Tais lesões podem começar a se desenvolver durante o primeiro trimestre, e a incidência dele aumenta a partir do sétimo mês de gravidez. O crescimento gradual no desenvolvimento destas lesões durante a gravidez pode estar relacionado ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona com a progressão da gravidez. Após a gravidez, com o retorno dos níveis hormonais normais, alguns destes granulomas piogênicos resolvem-se sem tratamento ou sofrem maturação fibrosa e lembram um fibroma Neville (2009).

O tratamento dos pacientes com granuloma piogênico consiste na excisão cirúrgica conservadora, que usualmente é curativa. Segundo Neville (2009), a taxa de recidiva é alta para os granulomas piogênicos removidos durante a gravidez, e algumas lesões irão se resolver espontaneamente após o parto.

Situação de uma das usuárias do serviço: grávida chega à unidade de saúde de desesperada, pois apareceu uma lesão na boca há 4 meses, portanto, já pensava que poderia ser uma lesão maligna. Acionado o cirurgião-dentista, fez uma avaliação clínica, e a hipótese diagnóstica foi suspeita de granuloma piogênico, não confirmada por exame histopatológico. Averiguada a situação de saúde da usuária, optou-se por uma remoção excisional, ou seja, retirada total da lesão. Em seguida, foi acompanhada por 5 meses. Nas imagens 1 e 2 é possível visualizar a situação antes e depois do procedimento.

**Imagem 01 e 02:** Situação anterior e posterior à intervenção.



**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.



## MUCOCELE

Ductos salivares, especialmente aqueles pertencentes às glândulas salivares menores, são ocasionalmente traumatizados, comumente por mordidas no lábio e seccionados sob a mucosa superficial. A produção subsequente de saliva provavelmente extravasará para uma região abaixo da mucosa superficial, dentro dos tecidos moles. Com o passar do tempo, as secreções, acumulam-se dentro dos tecidos e produzem um pseudocisto (sem um revestimento epitelial verdadeiro) que contém saliva viscosa, densa. Essas lesões são mais comuns no interior da mucosa do lábio inferior e são conhecidas como mucoceles. As taxas de recorrência de mucocele podem ser tão altas quanto 15% a 30% após a remoção cirúrgica, recorrência essa possivelmente causada pela remoção incompleta ou por traumatismo repetitivo das glândulas salivares menores (Hupp, 2009; Fragiskos, 2007).

O lábio inferior é o sítio mais comum de envolvimento para a mucocele; um estudo extenso e recente de 1.824 casos encontrou que 81% dos casos ocorreram nesta localização. As mucoceles do lábio inferior geralmente são encontradas lateralmente à linha média. As localizações menos comuns incluem o assoalho de bocas (rânulas: 5,8%), região anterior de ventre de língua (das glândulas de Blandin-Nuhn: 5,7%), a mucosa jugal (4,7%), o palato (1,4%) e o trígono retromolar (0,5%). As mucoceles raramente ocorrem no lábio superior. Nos extensos estudos resumidos, nenhum único exemplo foi identificado no lábio superior. Tal fato se opõe aos tumores de glândula salivar, que não são incomuns no lábio superior, mas são distintamente incomuns no lábio inferior (Chi A *et al.*, 2007).

Vejam os casos a seguir: Usuário relatou, durante a anamnese, morder muito os lábios durante o período em que estava trabalhando. Contudo, não imaginava que o hábito poderia causar algum dano à sua saúde. O identificar uma lesão no lábio, procurou o cirurgião-dentista da UBS Emile Tássia e o profissional fez a remoção da lesão. A hipótese diagnóstica foi de mucocele, porém não confirmada por exame histopatológico.

**Imagem 03 e 04:** Lesão e o material retirado no procedimento de remoção.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.

**Em outro caso:** Usuária relatou morder muito os lábios durante o dia enquanto estava fazendo o dever de casa, razão pela qual, procurou a UBS Emile Tássia. Feita a anamnese, identificada a lesão e solicitados os exames pré-operatórios, fez-se a cirurgia. Foi acompanhada por 6 meses e recebeu orientação para dirimir o hábito de morder os lábios. Hipótese diagnóstica de mucocel, não confirmada por exame histopatológico.

**Imagem 05 e 06:** Situação anterior e posterior à intervenção.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.



## ANQUILOGLOSSIA

O freio lingual, ou frênulo da língua, conecta ao assoalho da boca, permitindo o movimento livre da língua. Não se trata de tecido muscular, mas uma prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva para a face posteroinferior da língua e recobre a face lingual da crista alveolar anterior. O freio lingual é formado por tecido conjuntivo fibrodenso e, muitas vezes, por fibras superiores do músculo genioglosso. À medida que há desenvolvimento e crescimento ósseo com prolongamento lingual e erupção dentária, o freio lingual migra para a posição central até ocupar a sua posição definitiva com o nascimento dos dentes. Classifica-se o frênulo lingual em curto, com fixação anteriorizada (Braga, 2009).

A alteração do frênulo da língua pode ocasionar diversas sequelas como manutenção contínua da posição da boca entreaberta, alterações oclusais e periodontais, limitação nos movimentos linguais, postura baixa da língua na cavidade bucal. Assim, as funções de: mastigação, deglutição e fala pode ficar comprometida, com dificuldade na articulação precisa de alguns fonemas, podendo ser indicada a intervenção cirúrgica para corrigir as alterações do frênulo da língua, geralmente, sendo realizada por cirurgiões-dentistas e otorinolaringologistas (Santos, 2018).

Devido à dificuldade comunicativa causada pela alteração do frênulo lingual, é observado o prejuízo social que esta condição pode causar, tendo em vista que, muitas crianças com tal alteração podem ser vítimas de “bullyng”, causando constrangimento e um grave comprometimento na vida social e à autoestima do paciente. Existem diferentes técnicas para correção das inserções anormais do freio entre elas a frenotomia e a frenectomia. A frenectomia é a remoção total do freio labial ou lingual e a frenotomia realiza a remoção parcial do freio lingual ou a reinserção dele (Almeida, 2004; Santos, 2018; Gomes, 2015).

**Imagem 07 e 08:** Situação anterior e posterior à intervenção.



**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.

**Situação de saúde do usuário:** Paciente relatou que sofria bullying já que tinha problemas na fala, deveras a língua tinha movimentos limitados, o freio lingual era muito curto. Feita a anamnese, optou-se pela cirurgia chamada frenectomia já que havia limitação do movimento da língua. Dessa forma, o paciente ficou muito feliz com o resultado. Hipótese diagnóstica anquiloglossia.

Um ano depois se verificou como a língua estava, a diferença pode ser observada nas figuras abaixo:

**Imagem 09 e 10:** Situação depois de um ano de acompanhamento.



**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.



## CARCINOMA BUCAL

O câncer bucal constitui um problema de saúde pública mundial, aproximadamente 40% dos casos de neoplasias de cabeça e pescoço ocorrem na cavidade bucal em que mais de 90% dos casos são de Carcinoma Espinocelular (CEC), assim sendo, o Carcinoma Espinocelular é comum em ambos os gêneros, porém é mais prevalente em homens na maioria dos grupos étnicos. A faixa etária mais atingida por este tumor é a de usuários entre 50 e 70 anos de idade com uma maior prevalência das leucodermas (perda parcial ou total ou ausência de pigmentação marcada principalmente por manchas brancas na pele) (Rivera, 2015; Döbróssy, 2005; Mendonça, 2020; Regezi, 2008; Okeson, 2014).

Um fator associado ao câncer de boca é o papilomavirus humano (HPV) de alto risco (como HPV 16, 18 e 31), em associação a outros fatores etiológicos. Embora estudos mostrem uma associação deste vírus com o (CEC) de boca, e até com lesões potencialmente malignas, ainda não foi demonstrada realmente a participação desse vírus na carcinogênese de boca, seguindo os postulados de Koch, como por exemplo, uma infecção viral precedendo o carcinoma ou uma associação epidemiológica. Segundo Koch em 1999, existe uma alta taxa de perda de heterozigotidade em 3p, 4q e 11q13, assim como a mutação em p53 também se mostrou mais prevalente em indivíduos fumantes com carcinoma espinocelular de boca (Souza, 2012; El -Naggar, 2017; Giglio, 2009; Okeson, 2014).

Vejamos o seguinte caso: Durante a anamnese, o usuário relatou ser tabagista e etilista desde os 9 anos de idade, e no momento da consulta estava com 79 anos. Primeiramente chegou com queixa principal dos dentes caninos (presas) doendo e com leve ardor debaixo da língua. Como passo primordial foi feita a exodontia (retirada) dos dois caninos 43 e 33, e encaminhado para Manaus para fazer a biópsia da base da língua. O usuário também relatou leve ardor e o profissional cirurgião-dentista que o atendeu entendeu que se tratava de câncer de boca em base de língua. Este caso foi ainda mais desafiador, o usuário voltou ao serviço dois meses depois e com a situação agravada pela presença de um fungo, que já estava em tratamento médico.

**Imagem 11, 12:** Situação inicial e dois meses depois da exodontia.

**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.

Apesar dos procedimentos, a situação estava fora do comum e, o cirurgião-dentista da UBS foi novamente contatado sobre o caso, ele foi à casa do usuário avaliar a situação. O caso foi avaliado pelo corpo técnico da secretaria que solicitou urgentemente recurso da secretaria para que um cirurgião buco-maxilofacial que possuía clínica em Manicoré - fazer a biópsia. A solicitação foi atendida e a biópsia foi realizada. O material biopsiado foi encaminhado a Brasília e um mês depois o resultado foi devolvido: Carcinoma de células escamosas ceratinizantes, ou seja, diagnóstico confirmado por exame histopatológico.

**Imagem 15:** Situação posterior à intervenção.

**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.

Ainda sobre esse caso, na microscopia, observou-se proliferação neoplásica infiltrativa e constituída por células com elevado pleomorfismo citonuclear. As células exibem citoplasma amplo e núcleos irregulares, por vezes lobulados, hiper cromático e com nucléolos evidentes. Essas células constituem blocos irregulares, com área de necrose, presença de mitoses frequentes e ceratinização isolada de células. O cirurgião-dentista com o resultado em mãos foi à casa do usuário e informou que o caso estava muito avançado e que precisaria ir a Manaus, depois de muita resistência decidiram ir, mas no meio da viagem de Manicoré-Manaus via fluvial o usuário foi a óbito.



## COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL

Pacientes com comunicação bucosinusal (CBS) enfrentam uma série de problemas na vida diária deles, alguns dos quais são: regurgitação de líquidos para a cavidade nasal, dificuldade em mastigar, engolir e falar, alterações no paladar, reduzindo assim a qualidade de vida (Domingues *et al.*, 2016).

Para que se possa determinar a comunicação bucosinusal, faz-se necessário a realização de exames clínicos e de imagem. Ao realizar o diagnóstico clínico recomenda-se o uso da inspeção visual e manobra de valsava (consiste na expiração do ar contra os lábios e nariz tampados). As radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas seguem sendo o diagnóstico por imagem de primeira escolha (Psillas, 2021; Bittencourt, 2017; Milani, 2014; Andrade, 2014; Silveira *et al.*, 2008).

As comunicações bucosinusais frequentemente ocorrem como resultado da exodontia de dentes superiores posteriores devido à proximidade deles com o seio maxilar. Existem, porém, outros fatores etiológicos menos frequentes como traumatismo gerado pelo uso inadequado de instrumentos, destruição do seio maxilar por lesões periapicais e remoção de cistos e/ou tumores do palato ou do seio maxilar (Peterson *et al.*, 2000; Fragiskos, 2007).

Vejamos a seguinte situação: o usuário estava com problema para trabalhar e tomar água. Quando estava trabalhando sentia muita dor no local, no qual estava à comunicação bucosinusal, e quando tomava água, a água saía pelo nariz. Relatou também que fez um procedimento de exodontia anteriormente. Embora o procedimento tenha obtido sucesso, necessitava uma correção para o fechamento absoluto da comunicação. Quando o profissional da UBS Emile Tássia, cirurgião-dentista ficou sabendo do caso, procurou o paciente, porém ele não queria conversar sobre a solução do caso. No entanto, depois de longa conversa, explicado que aquele caso era simples de resolver, contudo ele precisaria ir a UBS Emile Tássia, realizar anamnese e exames pré-operatórios. O caso

exigiu várias estratégias e articulações para vencer as dificuldades apresentadas pela situação. No entanto, com os exames em mãos, a cirurgia foi realizada e o usuário ficou muito feliz com o resultado, pois voltou a ter uma vida normal.

**Imagem 16 e 17:** Situação anterior e posterior à intervenção.



**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.



## TRAUMA DE ESCOVAÇÃO: ABRASÃO DENTÁRIA

Devido ao maior controle da cárie dentária e novos hábitos da sociedade moderna (alimentação; métodos de higienização dentária; estresse; maior longevidade da população com retenção da dentição natural; consumo de drogas e bebidas alcoólicas), as lesões não cariosas passaram a ser o principal motivo para a busca de assistência odontológica, seja por sintomatologia dolorosa e/ou estética (Barbosa *et al.*, 2009; Martins, 2014; Fejerskov, 2017; Carvalho, 2010; Kurien, 2013; Zeola, 2015).

Relatamos a situação de saúde de um usuário: O trauma de escovação ocorre quando a pessoa usa uma escova dental com cerdas muito dura. O usuário relatou que o uso de escova com cerdas duras era porque removia bem a sujeira dos dentes. É possível afirmar que sim, porém também pode remover o esmalte dos dentes. Avaliado o caso, e explicado o que ocorreu, orientou-se o uso da escovação correta e a escova recomendada foi a de cerda macia mediana, uso do fio dental e da pasta adequada que contém pelos menos 1500 ppm. Na sequência foram feitas as restaurações nos dentes acometidos por trauma da escovação. Usuário ficou alegre e agradecido pelo resultado da odontologia estética. Hipótese diagnóstica trauma causado por escova dentária (abrasão dentária).

**Imagem 19 e 20:** Situação anterior e posterior à intervenção.

**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.

Relatamos uma situação de uma usuária: na anamnese foi observado que não falava muito e ficava o tempo todo com vergonha. Quando deu o primeiro sorriso, percebeu-se que havia algo estranho na boca, primeiramente imaginava que ela estava se alimentando de ingá o nome dado a um gênero da subfamília Mimosoideae, pertencendo à família Fabaceae. Essa espécie de planta com flor é conhecida popularmente como ingazeiro ou ingá, sendo o último usado para designar o fruto dado pela árvore, uma vagem longa, onde estão inseridas sementes envoltas por uma polpa branca e comestível.

Com o andamento do exame, foi constatado que ela tinha colocado algodão nos dentes, por isso, parecia com a polpa do ingá. O cirurgião-dentista falou que iria fazer restauração dos dentes, porém iria demorar um pouco, em torno de 60 minutos. Foi realizada a limpeza da cavidade, ataque ácido, remoção do excesso de água, adesivo e inserção da resina composta: cor B 3,5 pela técnica incremental. Finalizado o trabalho, a paciente ficou muito feliz, por ter resolvido o problema de uma vez, sendo que há muito tempo esperava por um tratamento desse. O procedimento rendeu agradecimento também por parte do marido, pois trouxe de volta o sorriso da sua companheira. Hipótese diagnóstica cárie dentária.

**Imagem 23 e 24:** Situação anterior e posterior à intervenção.

**Fonte:** Acervo pessoal, 2023.



## ANÁLISE DOS RESULTADOS

As ações de Saúde Bucal realizadas pela equipe multiprofissional foram imprescindíveis para a avaliação da demanda e diagnóstico das lesões da boca, na unidade básica de saúde. Ora, a saúde bucal está inserida em todos os pontos da rede de atenção à saúde (RAS), na atenção primária, na atenção especializada e na atenção hospitalar, aliás, são essas ações que possibilitam identificar precocemente os agravos e intervir sobre eles.

O investimento maior das equipes é nas ações de promoção e prevenção em saúde. Consoante conhecimento científico se apresenta, e outrossim, é utilizado como aporte para as intervenções, bem como para dar acessibilidade aos usuários do SUS. Avante ao diálogo entre a teoria e a prática que são construídos os argumentos científicos, esses que habilitam a atuação profissional, já que, trabalha-se com evidências científicas.

A humanização no atendimento é um ponto de destaque para o trabalho realizado e possibilita a compreensão sobre ele. Foi no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2023 o qual ocorreu um aumento da procura por procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos das lesões bucais, que se apresentam de formas diversas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma série de casos que foram diagnosticados e tratados pela equipe de saúde bucal do município, estes casos, ilustram a variabilidade de desafios encontrados no cotidiano dos serviços. Assim sendo, a organização do processo de trabalho e a utilização do sistema de informação foram aportes na realização deste trabalho. A participação da equipe multiprofissional (eMulti) conditio sine qua non para o atendimento seguindo os princípios do SUS. A humanização construiu os vínculos necessários para que os procedimentos fossem bem-sucedidos. Trazer o sorriso de volta ao rosto de uma pessoa é constituinte de melhoria da qualidade de vida dela, e dos que estão à volta dela também. O olhar sensível e comprometido dos profissionais da Atenção Básica por certo realiza profundas mudanças na vida dos usuários. O trabalho configura-se na consolidação do que se almeja na garantia da saúde como direito, em todas as dimensões. Decerto isso que a Secretária de Saúde de Manicoré tem realizado ao criar as condições necessárias para a realização e continuidade do trabalho nada de per si.





## REFERÊNCIAS

- Aerts, D., Abegg, C., Cesa, K. (2004). O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 131-138.
- Agro 2.0 em <a href="https://agro20.com.br/inga/">Inga é um gênero de plantas de propriedades interessantes</a> acesso em 27 de junho de 2023.
- Andrade, E.D., & Renali, J. (2014). **Emergências médicas em odontologia**. 3ª ed. São Paulo: Artes médicas.
- Andrade, E.D. (2014). **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia 3ª Edição**. Editora: Artes Médica.
- Barbosa, L.P.B., Prado Junior, R. R., & Mendes, R.F. (2009). **Lesões Cervicais não-cariosas: etiologia e opções de tratamento restaurador**. Rev. Dentística on line. Santa Maria, v. 8, n. 18, p. 5-10.
- Bittencourt, K. P. (2017). **Comunicação buco sinusal diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura**. Aracajú.
- Boraks, S. (2011). **Medicina bucal [recurso eletrônico]: tratamento clínicocirúrgico das doenças bucomaxilofaciais**. São Paulo: Artes Médicas.
- Braga, L.A.S., Pantuzzo, C.A., Motta, A.R. (2009). **Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares**. Rev. CEFAC.11(-Supl3):378-90.
- Brasil, (2006). **Ministério da Saúde. Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. (Caderno de atenção básica; nº 17.).
- Brasil. (2018). **Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova Iorque: ONU.
- Brasil. (2003). Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. São Paulo: USP.
- Camile, S.F., Ramesh, B., McCullough, M.J. (2019). Contemporary Oral Medicine [recurso eletrônico]: **A Comprehensive Approach to Clinical Practice**. Switzerland: Springer.

- Carvalho, P.A.S.M. (2010). **Lesões Cervicais Não Cariosas: Etiologia, Planos de Tratamento e Relação com Profissões de Stresse**. Artigo de revisão bibliográfica. Fac. De Medicina Dentária – Universidade do Porto 23 de Junho.
- Chi, A., Lambert, P., Richardson, M. *et al.* (2007). **Oral mucoceles a clinicopathologic review** of 1,824 cases including unusual variants, Abstract No. 19. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology, Kansas City, Mo.
- Conceicao, H.C., Salino, A.V., Queiroz, A.K. de S., Ribeiro, E.O.A., Soares, K.S., & Prestes, G.B.R. (2017). **Síndrome de Lennox-Gastaut: relato de caso**. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 6(2). <https://doi.org/10.21270/archi.v6i2.1805>
- Döbrössy, L. (2005). **Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem**. Cancer and Metastasis Rev. 24:9-17.
- Domingues, J.M.; Corrêa, G.; Fernandes filho, R.B.; Hosni, E.S. (2016). **Palatal obturator prosthesis: case series**. RGO, Rev. Gaúch. Odontol, v.64, n.4, p. 477-483.
- El –Naggar, Adel K *et al.* (2017). **Who classification of Head and Neck Tumours**. IARC, 4 th Edition, Lyon.
- Fejerskov, Ole., Bente, N., Edwina, Kidd. (2017). **Cárie dentária: fisiopatologia e tratamento**. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fragiskos, D. (2007). **Oral Surgery**. Springer Berlin Heidelberg New York Germany, 2007.
- Giglio, J.A., Susan, M.L., Daniel, M.L, Nancy, W.G. (2009). **Oral Health Care for the Pregnant Patient**. J Can Dent Assoc (Tor).
- Gomes, E., Araujo, F.B., & Rodrigues, J.A. (2015). Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** [online]. vol.69, n.1, pp. 20-24. ISSN 0004-5276.
- Hupp, J.R., Ellis III, Edward; Tucker, M.R. (2009). **Cirurgia oral e maxilo facial contemporânea**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kurien, S., Kattimani, V.S., Sriram, R.R, Sriram, S.K, Prabhakar, R.V.K, Bhupathi, A *et al.* (2013). **Management of Pregnant Patient in Dentistry**. J Int Oral Health. 5(1):88-97.

- Leeuw, R., Klasser, G.D. (2018). **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management / American Academy of Orofacial Pain.** Sixth edition. | Hanover Park, IL: Quintessence Publishing Co, Inc.
- Martins, P.C.O. (2014). **A Dentisteria Aplicada à Oclusão. Artigo de Revisão Bibliográfica** – Mestrado Integrado em Medicina Dentária – Fac. De Med. Dentária – Universidade do Porto Orientador. Prof. Dra. Maria Teresa Pínhireiro de Oliveira Rodrigues de Carvalho.
- Mattos, G.C.M. *et al.* (2014). **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2): 373-382.
- Mendonça, D.W.R., Conceicao, H.C., Lima, G.G., Araújo, M.F., Cabral, L.N., & Pínhireiro, T. N. (2020). **Carcinoma espinocelular em assoalho bucal: relato de caso.** *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 8(11). <https://doi.org/10.21270/archi.v8i11.4375>
- Milani, C.M., Andrade, S.K.S., & Thomé, C.A. (2014). **Tratamento cirúrgico de fístula bucosinusal de grande extensão: Relato de caso.** *Odonto*, 22(43-44), 93-100.
- Neville, B. *et al.* (2009). **Patologia oral & maxilofacial.** [tradução Danielle Resende Camisasca Barroso... *et al.*]. — Rio de Janeiro: Elsevier.
- Okeson, J.P. (2014). **Oral and facial pain. Preceded by Bell's orofacial pains /** 6th ed. Quintessence Publishing.
- Pereira, D.Q., Pereira, J.C.M., Assis, M.M.A. (2003). A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Cien Saúde Colet**; 8 (2):599-609.
- Peterson, J.L.; Ellis, E.; Hupp, R.J.; Tucher, R.M. (2000). **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** 3. ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, p. 470-7.
- Psillas, G., Papaioannou, D., Petsali, S., Dimas, G.G, Contantinidis, J. (2021). **Odontogenic maxillary sinusite: Uma revisão abrangente.** *J Dent Sci.*;16(1):474-481.
- Regezi, J.A., Sciubba, J.J., Jordan, R.C.K. (2008). **Patologia oral: correlações clinicopatológicas.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Rezende, E.C.A. (2022). **Granuloma piogênico oral na população gestante.** Muriaé: FAMINAS.
- Rivera, C. (2015). **Essentials of oral cancer.** Int J Clin Exp Pathol. 8(9): 11884-94.
- Santos, A.M., Assis, M.M.A. (2006). Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Cien Saúde Colet**, 11(1):53-61.
- Silveira, V.M.; Netto, B.A.; Cósso, M.G.; Fonseca, L.C. (2008). A utilização da tomografia computadorizada na avaliação da comunicação bucosinusal. **Arq. Bras. Odontol.** 4(1):24-27.
- Souza, L.R.B., Ferraz, K.D., Pereira, N.S., Martins, M.V. (2012). Conhecimento acerca do câncer bucal e atitudes frente à sua etiologia e prevenção em um grupo de horticultores de Teresina (PI). **Rev Bras Cancerol.** 58(1): 31-9
- Zeola, L.F. (2015). Associação de Fadiga Cíclica, Biocorrosão e Fricção na Formação Microestrutural de Lesões Cervicais Não Cariosas – **Dissertação apresentada ao Programa 16 de Pós-graduação da Fac.** De Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

# Atividade física e saúde para o idoso:

um relato de experiência sobre caminhadas matinais como estratégia de prevenção e promoção da saúde na Atenção Básica



**Silvia Gima Perin**  
**Manuel de Oliveira Gomes Neto**  
**Dayvison das Chagas Cardoso**  
**Milena da Conceição Ferreira**



## A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA ALINHADA AO BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO IDOSA

**D**e acordo com Palácios (2004) e Santos, Andrade e Bueno (2009), o envelhecimento não pode ser considerado um processo uniforme, pois não ocorre de forma simultânea em todo o organismo e não está necessariamente ligado à presença de uma doença. Na realidade, ele é influenciado por diversos fatores internos e externos, os quais devem ser avaliados de maneira integrada, especialmente em contextos de diagnóstico.

*“Envelhecer é como escalar uma grande montanha: enquanto se sobe, as forças diminuem, mas o olhar é mais livre, a vista mais ampla e mais serena” - Ingmar Bergman, cineasta. Pensar o envelhecimento como um processo de viver foi um dos marcos desencadeadores para a construção e manutenção do projeto “Caminhada Matinal com Idosos”. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, por mais tempo possível, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva.*



O crescimento acelerado da população idosa, previsto para países como o Brasil nas próximas décadas, ressalta a importância de incentivar a prática de atividade física. De acordo com a OMS (2017), a projeção é que até 2050 haja 2 bilhões de idosos no mundo, em comparação aos 900 milhões registrados em 2015. Com o aumento da expectativa de vida, uma criança nascida hoje pode esperar viver 20 anos a mais do que uma criança nascida há 50 anos. Diante desse cenário, torna-se essencial buscar informações e recursos para integrar os idosos na sociedade (Jacon, 2019).

A participação em atividades físicas regulares e moderadas, de acordo com World Health Organization (2005), pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Para que haja o envelhecimento gradativo regular e saudável, precisa-se de acompanhamentos regulares de profissionais de saúde além da prática de atividade física e recreativa. Exercícios físicos constantes, alimentação balanceada e acompanhamento do serviço de saúde são de extrema importância para manter o equilíbrio e qualidade de vida não só dos idosos, mas de toda população.

Assim, levando em consideração a possibilidade de baixo custo e fácil acesso a todos, o projeto Caminhada Matinal da Saúde foi implantado. Além de incentivar a prática da atividade física para idosos, também contribui para o combate de doenças persistentes comuns durante o envelhecimento como a hipertensão arterial, a fim de promover um bem estar mental, físico e espiritual. Nesse sentido, a caminhada é um exercício simples e que todos podem praticar, especialmente para sedentários que pretendem iniciar uma atividade física, pois não exige habilidade nem requer horário programado, e não possui restrições de idade.

O presente relato de experiência, aborda uma ação de extensão da atividade física e saúde para idosos, desenvolvida pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF do município de Manicoré, localizado no interior do Estado do Amazonas na região Norte do país.

O programa tem como principal objetivo ofertar qualidade de vida a partir da prática de atividades físicas e recreativas de maneira diversificada e orientada para a promoção da saúde dessa população em especial. As atividades são diárias e abrangem a área de cobertura de 5 (cinco) Unidades Básicas de Saúde da sede do município de Manicoré. Essas atividades são acompanhadas pela equipe do eMulti – AB, que é composta por educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, psicólogo e assistente social. O grupo de participantes é composto por idosos hipertensos e diabéticos.



O projeto fez uma pausa durante a pandemia da COVID – 19 em 2021, retomando sua rotina em 2022, obedecendo as instruções da Organização Mundial da Saúde - OMS e vigilância sanitária de saúde, mantendo o distanciamento e o uso de máscaras.

**Figura 01:** Início do Projeto Caminhada Matinal da Saúde.



**Fonte:** SEMSA Manicoré, 2021.

Na imagem acima, podemos observar a retomada da caminhada matinal da saúde posterior ao período pandêmico, acompanhada pela fisioterapeuta do NASF, Silvia Perin. A imagem mostra o local do trajeto da caminhada que liga a Unidade Básica de Saúde Nilton Pereira de Lima à Igreja Dom Bosco.

Foi tão bom voltar, a gente se sente mais feliz em ver que aos pouquinhos vencemos esse mal (Z. G. G).

Durante a pandemia da COVID-19, a população ficou mais restrita e condicionada a viver em casa, longe de atividades com aglomerações e com pouca ou nenhuma atividade recreativa.

Apesar de tomarmos todos os cuidados necessários, observamos que o retorno não foi tão expressivo como esperávamos. Diante dessa constatação, decidimos desenvolver novas estratégias para fortalecer a frequência e a participação dos praticantes. Para isso, optamos por adotar métodos de comuni-

cação que se baseassem nas crenças e culturas dos praticantes, levando em consideração as dificuldades individuais de cada um.

É evidente, especialmente ao lidar com pessoas idosas, a importância da empatia e da construção de um vínculo de confiança sólido. Muitos idosos envelhecem em ambientes completamente diferentes daqueles em que foram criados, o que ressalta a necessidade de compreender e respeitar suas vivências e experiências pessoais.

Estabelecer e manter um vínculo significativo com os idosos é um desafio que enfrentamos diariamente. Encontramos uma variedade de personalidades entre eles: alguns são mais retraídos e tímidos, enquanto outros são extrovertidos, falantes e até mesmo piadistas, apreciando uma comunicação mais expressiva. Em geral, todos eles valorizam muito a oportunidade de serem ouvidos e de receberem atenção, pois isso os faz sentir-se importantes e valorizados.

O que torna ainda mais relevante, abordá-los com empatia, respeito e paciência, considerando que muitos deles têm apenas esse horário de atividades para socializar com outras pessoas, tornando esse momento único e especial para eles. Cada idoso é único, com diferentes necessidades e preferências, portanto, é essencial adaptar os exercícios e abordagens de acordo com suas individualidades.

O mais importante em nossa interação com os idosos é estar presente, demonstrando cuidado e respeito autêntico. Essa presença e atenção genuína são fundamentais para cultivar um ambiente acolhedor e promover o bem-estar emocional dos idosos que participam de nossas atividades.

**Figura 02:** Agentes Comunitários de Saúde aferindo pressão arterial.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2022.



## CAMINHADA MATINAL: CHAVE PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

O ponto de encontro para a práticas das atividades, estão distribuídos da seguinte maneira: segunda-feira (em frente a Unidade Básica de Saúde Mãe Laurinda); terça-feira (na Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza); quarta-feira (na Unidade Básica de Saúde Emile Tassia Abreu); quinta-feira (na Unidade Básica de saúde Nilton Pereira de Lima); na sexta-feira (na Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira).

Tem início às 6h com profissional de educação física que faz o acolhimento e anota as presenças. Em seguida, realiza orientações sobre o percurso a ser seguido e cuidados que devem ser tomados durante o trajeto. Ao mesmo tempo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizam a aferição de pressão arterial dos participantes.

Após a verificação da pressão arterial, iniciamos uma sessão de alongamento dinâmico e global, seguindo todas as orientações dos profissionais de educação física e fisioterapeutas, e sob a supervisão dos demais membros da equipe do eMulti. Os alongamentos prévios à caminhada desempenham um papel fundamental na preparação do corpo para o exercício físico. Eles ajudam a aquecer os músculos e as articulações, aumentando a flexibilidade e reduzindo o risco de lesões. Esses alongamentos são conduzidos com o auxílio de bastões e com a participação do colega ao lado, conforme demonstrado na Figura 3. Em seguida, são realizados exercícios respiratórios para complementar a preparação física.

**Figura 03:** Alongamento dinâmico.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

Começamos a caminhada com um ritmo leve e constante. Ao longo do percurso, incorporamos pequenas atividades recreativas com o objetivo de incentivar a continuidade da caminhada, promover a interação entre os participantes e estimular a socialização com a equipe. Essas atividades são vivenciadas em um ambiente de convívio social, repleto de momentos prazerosos. Caminhar ao ar livre proporciona uma excelente oportunidade de exercitar-se e apreciar a natureza, conforme apresentado na Figura 04.

**Figura 04:** Caminhadas matinais pelas ruas da cidade.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

**Figura 05:** Atividade de complementação de aquecimento e alongamento global para encerramento da caminhada.



Fonte: NASF Manicoré, 2023.

Na metade do percurso, fazemos uma pausa na caminhada para realizar exercícios localizados focados no fortalecimento muscular, equilíbrio e propriocepção. Em seguida, realizamos um exercício dinâmico leve, com o objetivo de melhorar o condicionamento físico e aumentar a resistência. Essa sequência de atividades complementares contribui para um treinamento mais completo e eficaz.

Durante a caminhada, não limitamos apenas a andar. É incorporado também atividades específicas destinadas a fortalecer os músculos e aprimorar equilíbrio, com pausas estratégicas, no sentido de oferecer uma experiência de exercício físico completa e gratificante.



## ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO

Uma vez ao mês é realizado um café da manhã, com o cardápio preparado pela nutricionista do eMulti, com alimentação adequada para os participantes, obedecendo as limitações de cada um. Durante o evento são realizadas rodas de conversa sobre temas pertinentes alusivos ao mês de conscientização e prevenção relativo ao calendário da saúde. Como por exemplo: agosto dourado que é alusivo à conscientização ao aleitamento materno, outubro, quando se comemora o dia mundial do idoso, e assim por diante.

Ainda são realizadas ações em educação e saúde direcionadas aos participantes diabéticos e hipertensos, orientações sobre alimentação saudável e incentivos à continuação da prática da atividade física. As avaliações antropométricas com peso, medida da altura, aferição de pressão arterial e glicemia capilar fizeram parte da atividade. Além disso fica à disposição dos idosos, os profissionais de fisioterapia, nutrição, psicólogo, assistente social, fonoaudióloga e educador físico que fazem a escuta inicial individualizada e encaminham esses participantes para o serviço de saúde que mais se adequa a sua necessidade. O participante que desejar ter uma consulta diferenciada pode agendar com os profissionais o atendimento nas UBS.

Por meio dessa análise de dados faz-se o comparativo da evolução desse paciente, quando se analisa a perda de peso, assiduidade e condicionamento físico. Após essa análise, montamos uma discussão de caso para realizar os encaminhamentos necessários desse participante para cada profissional, e assim fazer um acompanhamento mais adequado a sua necessidade.

**Figura 06:** Café da manhã com roda de conversa.

Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

Eu acho que a caminhada faz muito bem pra nossa saúde. É muito importante fazer (M. G. S. S. Participante).

A qualidade de vida pra mim é mais importante que tudo. Ter uma vida saudável, se socializar, conhecer gente nova e ainda ter atenção dos profissionais conosco não tem preço. Só tenho a agradecer mesmo (V.L.N.G. Participante).

Pra mim essa oportunidade da caminhada é muito importante. Deixa o meu corpo mais saudável e disposto (I. L. da S.).



## O GOSTO PELA CAMINHADA MATINAL

Para a elaboração deste tópico, indagamos aos participantes do projeto sobre as razões que os levam a praticar a caminhada, com o intuito de destacar o seu interesse. Alguns participantes inicialmente mencionaram que aderiram à atividade por recomendação médica, porém, com o passar do tempo, muitos expressaram continuar participando devido ao prazer e identificação que encontraram no projeto. Essas respostas evidenciam a importância do prazer na manutenção da prática de atividades físicas, indo além da mera utilidade ou sensação de obrigação associada à necessidade de exercício, como é possível observar abaixo.

O Projeto é muito bom! Contribui com a saúde, conhecemos pessoas novas, fortalece a amizade (Saúde mental e física) (M. P. da P. participante).

O Projeto Caminhada, está sendo ótimo! A sua realização nos ajuda a ter uma vida mais ativa e saudável (E. O. S. participante).

É um Projeto muito bom, nos ajuda não só na nossa saúde física, como mental (M. de F. C. participante).

Eu acho muito bom, e me sinto feliz e faz muito bem pra nossa saúde (Z. G. G. Participante).

Durante as caminhadas, notamos que as conversas são prolongadas, animadas e repletas de uma riqueza cultural inigualável. A cada dia surgem novos temas de discussão, experiências compartilhadas e oportunidades para trocar conhecimentos.



## RESULTADOS

A busca por resultados é fundamental para garantir a continuidade e eficácia do projeto. O progresso no bem-estar físico, mental e social dos participantes é o principal incentivo que impulsiona nossa equipe a se dedicar integralmente a esse público. Os relatos de experiências positivas são altamente motivadores, especialmente quando observamos a maioria dos participantes controlando a hipertensão arterial, aumentando sua disposição, reduzindo crises de ansiedade e perdendo peso. Esses resultados reforçam nossa convicção de estarmos no caminho certo.

**Figura 07:** Os participantes do projeto.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

A caminhada matinal da saúde foi concebida com o propósito de promover a prática da atividade física, proporcionando alegria, interação social, bom humor e a troca de experiências e conhecimentos entre a comunidade e os profissionais da equipe de saúde.



## REFERÊNCIAS

- Jacon, T. M. K. (2019). **A efetivação das políticas públicas e a educação destinada aos idosos nos Campos Gerais (PR)**.
- ONU. (2017). **Perspectivas da população mundial: a revisão de 2017, principais conclusões e tabelas antecipadas**. Departamento de Economia e Assuntos Sociais PD, editor. Nova York: Nações Unidas, 46 (1).
- Palácios, J. (2004). Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi (Eds.), **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva** Vol.1 (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, F. H. dos., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A.. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, 14(1), 3–10.
- World Health Organization. (2005). **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.



# *Promovendo atendimento de saúde aos trabalhadores na rede da atenção básica no município de Manicoré*



**Mariles Bentes da Silva**  
**Liliane da Silva Soares**  
**Alexsandro Felix de Oliveira**  
**Sabrina Araújo de Melo**



## **INTRODUÇÃO**

**A** Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde disponibilizados na rede de atenção (Brasil, 2006). Destaca ainda, que é responsabilidade assegurar aos usuários o acesso universal, igualitário e ordenado as ações de serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é importante que o funcionamento das unidades de atendimento em saúde na AB se organize de modo a assegurar amplo acesso dos usuários, assim como melhorar o vínculo entre eles e os profissionais de saúde, para garantir o cuidado integral (De Almeida & Pereira, 2020; Tanaka, 2011).

A Atenção Básica, ao longo dos anos tem ampliado e assegurado o acesso pela população a serviços de saúde implementados no âmbito do SUS, contribuindo, dessa forma, para a diminuição das desigualdades que ainda existem no país. Nessa perspectiva, a AB ganha destaque por ser um conjunto de

ações de saúde no âmbito individual, familiar e coletivo, que envolvem a promoção, proteção e prevenção de agravos em saúde, incluindo o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017). Tendo como premissa a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

No entanto, existem barreiras que dificultam o acesso a serviços de saúde nas unidades de atenção básica. De Almeida e Pereira (2020) destacam como uma das principais barreiras, o horário de atendimento, por vezes insatisfatório durante o dia, a falta de atendimento noturno e nos finais de semana. Nesse contexto, o desenvolvimento de estratégias para ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, para além do horário comercial, é importante, pois tem em conta o aumento da cobertura e oferta de atendimento para os(as) trabalhadores(as) que buscam os serviços de saúde.

Considerando o exposto acima, o objetivo do trabalho foi demonstrar a promoção e a melhoria da qualidade da saúde das(os) trabalhadoras(es) por meio de ações de saúde realizadas em horário estendido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ajustando-se à disponibilidade e agendamento por demanda espontânea. O propósito desta iniciativa foi desenvolver uma ação para promover a saúde do trabalhador, uma vez que, havia sido identificada uma lacuna no atendimento à esta população, pela Atenção Básica.



## LOCAL DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS

O Município de Manicoré possui 5 estratégias de saúde da família na área urbana, os usuários estão vinculados de acordo com a área de residência: UBS Emile Tassia Abreu de Freitas, UBS João Pereira de Oliveira, UBS Lourival Dias de Souza, UBS Nilton Pereira de Lima e UBS Mãe Laurinda. No ano de 2021, foram realizadas ações de saúde do trabalhador nessas unidades onde os atendimentos de serviços médicos, de enfermagem, odontológicos e entre outros foram ofertados em horário estendido (18:00 as 21:00 horas) para atender aos trabalhadores em geral, que por questões de horário, não conseguiam atendimento no horário convencional de funcionamento (Figura 1).

**Figura 01:** Atendimento odontológico realizado em horário estendido nas UBSs durante as ações de Saúde do Trabalhador no ano de 2021.



**Fonte:** SEMSA Manicoré, 2023.

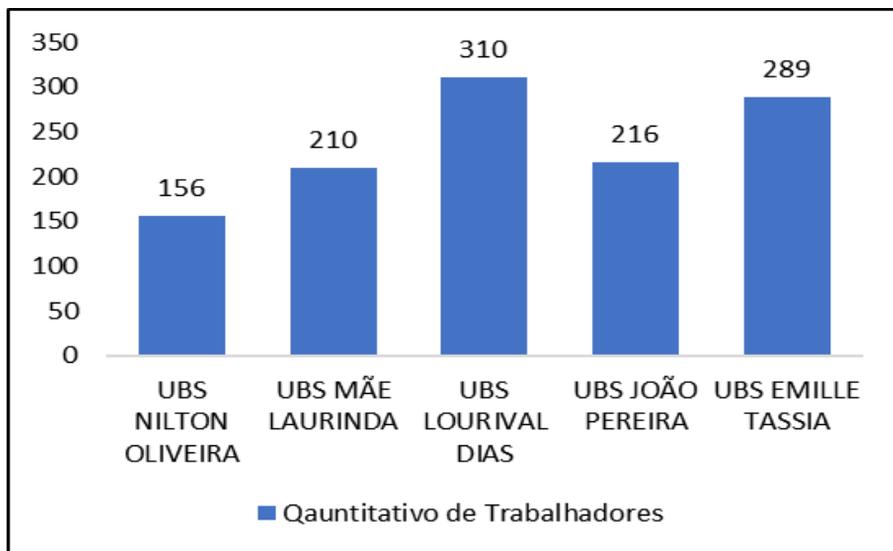
Foi realizada uma ação integrada entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizaram um levantamento de dados que identificou 1.181 trabalhadores cadastrados no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (Figura 2), que são residentes nas áreas de abrangência das UBS. A partir disso, foi organizada a oferta dos atendimentos conforme horário específico.



## O QUE PENSAM OS USUÁRIOS

Realizamos uma avaliação sobre as informações das experiências dos usuários atendidos no horário de atendimento estendido. Abaixo transcrevemos trechos sobre o que pensam sobre o serviço. O acolhimento da demanda, que nem sempre é exclusivamente sobre sinais e sintomas, faz diferença na realização dos atendimentos e mostra a importância da escuta qualificada.

**Figura 02:** Levantamento de dados dos trabalhadores cadastrados no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no ano de 2021.



**Fonte:** Sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, 2021.

A **usuária 1** relatou que estava com problema particular e o médico que a atendeu, acolheu muito bem, conversou e ela se sentiu segura e à vontade para relatar o que estava sentindo. Segundo ela, “o atendimento noturno foi ótimo, pois trabalho em dois horários durante o dia e não tinha disponibilidade para ir ao atendimento em horário normal”.

A **usuária 2** relatou que aprovou o atendimento a noite, pois no horário de funcionamento normal das UBS, a mesma está na escola e dessa forma não é possível procurar atendimento durante o dia. Segundo ela, “a procura pelo atendimento odontológico é grande, e nos dias de atendimento em horário estendido ficou mais fácil conseguir atendimento, pois não precisou de agendamento, então, essas ações são de grande importância para população trabalhadora”.

A **usuária 3** relatou que a saúde do trabalhador é muito importante, e que ficou sabendo da oferta de atendimentos aos trabalhadores que não possuem disponibilidade para serem atendidos no horário de funcionamento normal das UBS pela ACS. Segundo ela, “acho muito louvável esse atendimento que facilita para cuidar mais da nossa saúde”.



## O QUE PENSAM AS EQUIPES DE SAÚDE

Os serviços de saúde ofertados foram organizados de modo a suprir as necessidades dos indivíduos que procuraram atendimento nas unidades de saúde. Nesse sentido, o fato de não ter necessidade de realizar o agendamento possibilitou aos usuários um atendimento mais rápido e direcionado. Os profissionais foram orientados e devidamente qualificados para realizar esses atendimentos. Segue alguns relatos dos profissionais envolvidos nessas ações:

O **profissional 1** relatou que essas ações de saúde visaram contemplar consultas para trabalhadores que não podem estar presentes durante o dia em qualquer UBS. Estando disponíveis para eles, as consultas que tendem suprir a necessidade e melhor atenção diferenciada para estes pacientes. Segundo ele, *“tendo horas a mais de atendimentos a noite, aumentamos a demanda e cuidados para uma população que tende a não ter tempo para cuidar de si. Os dias escolhidos, é claro, podem ser aumentados para aprimorar a saúde de Manicoré que só cresce e melhora a cada dia”*.

O **profissional 2** relatou que esse projeto direcionado aos indivíduos que não tem como acessar os serviços de saúde na AB ofertados pelo Município tem surtido efeito positivo. Segundo ele,

Nós fizemos a Saúde do Trabalhador no horário estendido das 18:00 às 21:00 com os seguintes atendimentos: Médico, Enfermagem, Odontológico, Vacina e Curativo. Esses atendimentos foram voltados aos diversos trabalhadores que vieram até as UBS e nesse horário estendido receberam todos esses atendimentos. Assim, conseguimos atender esse grupo prioritário que não conseguia atendimento ofertado pelas Unidades Básicas de Saúde durante o período de atendimento normal (07:00 as 17:00).

A inovação das experiências aqui relatadas está na ampliação do horário de funcionamento das UBS para além do horário convencional. Uma análise dos relatos permitiu identificar que os atributos do acesso/primeiro contato e da orientação comunitária embasaram a construção das experiências, visto que em sua maioria a motivação para instituir horários alternativos de funcionamento dos serviços de AB foi o reconhecimento de que os horários atuais de funcionamento – horário comercial – estavam configurando barreira de acesso aos cuidados à uma parcela da população, em especial aos trabalhadores (as) e indivíduos que, em geral, buscam menos os serviços de saúde.

Com isso, observamos que a partir do momento que foi ampliado os atendimentos nas estratégias de saúde, tivemos uma melhora na qualidade de saúde

dos trabalhadores com uma alta procura pelos serviços ofertados. Além disso, alcançamos, com os serviços ofertados, aproximadamente 150 atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos mensais pelas unidades básicas de saúde. Além da adesão e boa receptividade do trabalhador nesse tempo estendido para os atendimentos. A estratégia de planejamento das ações integradas entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde revelou que a demanda de trabalhadores que necessitam de assistência é bastante relevante e que ampliam o nosso modelo de assistência e atenção voltado para esse público-alvo (Figura 03).

**Figura 03:** Trabalhadores que procuraram os serviços de saúde nas UBSs durante as ações de Saúde do Trabalhador no ano de 2021.



Fonte: Banco de imagens da SEMSA, 2023.



## SAÚDE DO TRABALHADOR NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A maioria das experiências relatou resultados positivos no que tange à ampliação do acesso, sobretudo aos trabalhadores/trabalhadoras e a pessoas que nunca tinham frequentado os serviços da AB. Foram observadas melhorias na ampliação do número de atendimentos/procedimentos, no aumento da resolução (especialmente pela ampliação da oferta de atendimentos à demanda espontânea, o que também produziu efeitos relacionados à redução de encaminhamentos), e no processo de trabalho das equipes e da interação dos trabalhadores com a comunidade, além de maior satisfação dos usuários



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a oferta de atendimentos de saúde aos usuários do SUS no período noturno produziu a inclusão daqueles usuários que não podiam ser atendidos durante o dia, por motivos de trabalho e outras demandas. Ademais, vimos a necessidade de continuar com os atendimentos e ampliar para outros horários e dias durante o mês.

Promover o acesso e o cuidado equânime são princípios fundamentais do SUS, portanto devem estar na perspectiva de todos os serviços ofertados pelo sistema de saúde. Ações estratégicas como a que foi apresentada no capítulo, ajudam a garantir a efetivação desses princípios, mas especialmente amplia acesso e cuidado como basilares da consolidação da garantia do direito à saúde. A experiência foi enriquecedora e estimulante para a continuidade das ações.



## REFERÊNCIAS

- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). **Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde).
- De Almeida, E. R., & Pereira, F. W. de A. (2020). Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. **APS em Revista**, 2(3), 240–244. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.147>
- Tanaka, Y. O. (2011). Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. 20, 927–934.
- PEC (2023). **Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2300>.

# Fisioterapia produzindo mudanças na qualidade de vida da população de Manicoré



**Juan Pontes de Oliveira**  
**Vanessa Colares Magalhães Alves**  
**Kelem Oliveira Costa**



## INTRODUÇÃO

**N**este capítulo, abordaremos a atuação dos fisioterapeutas no Centro Municipal de Fisioterapia (CMF), por meio do relato de experiências cotidianas na manutenção e restabelecimento da funcionalidade dos usuários, visando promover a qualidade de vida. Discutimos os atendimentos realizados pelos profissionais e trazemos os relatos dos usuários.

A profissão de fisioterapia conquistou sua legitimidade somente em 13 de outubro de 1969, por meio do Decreto-Lei 938. O art 2º deste decreto, estabeleceu que os indivíduos diplomados em Fisioterapia por instituições de ensino reconhecidas são considerados profissionais de nível superior. Outrossim, o art. 3º determinou que é prerrogativa exclusiva do fisioterapeuta realizar a aplicação de métodos e técnicas fisioterapêuticas, com o propósito de reestabelecer, promover e preservar a capacidade física dos pacientes (Marques & Sanches, 1994).

A Fisioterapia é uma área de conhecimento da saúde, que tem como objetivo a prevenção, tratamento e reabilitação, de forma a promover o bem-estar



do ser humano individual e coletivo. Ainda são realizadas ações de prevenção dos transtornos cinéticos funcionais intercorrentes de órgãos e disfunções sistêmicas, resultantes de alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas. Portanto, a fisioterapia desempenha um papel importante na recuperação e reintegração social dos pacientes (Magalhães & Sousa, 2004).

Até os anos 1980, o papel do fisioterapeuta se limitava apenas à recuperação e reabilitação, seguindo as razões lógico-históricas que levaram à regulamentação dessa prática como profissão após a segunda guerra mundial, em 1940. A partir de 1980, a formação em Fisioterapia passa a incluir a promoção e prevenção da saúde da população como uma área de atuação, através da redefinição do seu objeto de trabalho (Rebellato & Botomé, 2001; Neves & Acioli, 2011).

Segundo Neves e Acioli (2011), os cursos de Fisioterapia têm incorporado a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares, mas de modo incipiente. Em relação à atuação profissional, segundo o artigo 4º da Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, define que:

O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil (COFFITO, 2013).

A fisioterapia atua nos níveis primário, secundário e terciário. Dessa forma, visando não somente a recuperação e reabilitação, o profissional ampliou sua atuação também na atenção primária, passando a integrar a Estratégia de Saúde da Família, conforme a lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021.

A fisioterapia se divide em várias especialidades, como por exemplo: fisioterapia ortopédica, neurofuncional e neuropediátrica, cardiopulmonar, ginecológica, entre outras. As especialidades mais atendidas no CMF são: fisioterapia ortopédica, traumatológica, neurofuncional adulto e neuropediátrica.

Segundo Berlato, Tokumoto & Oliveira (2009), a fisioterapia Ortopédica e Traumatológica trabalha na prevenção, reabilitação e recuperação dos distúrbios musculoesqueléticos, além de buscar a promoção da saúde, permitindo o retorno mais breve e independente das suas Atividades de Vida Diária (AVD). A Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (2023) define que a área dessa especialidade atua nos comprometimentos resultantes de lesões no sistema nervoso.



## O INÍCIO DA FISIOTERAPIA EM MANICORÉ

No ano de 2005, a população de Manicoré teve seu primeiro contato com o profissional de fisioterapia. Inicialmente, o profissional atendia na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Laurinda e depois passou a atender na UBS João Pereira de Oliveira. Com a atuação do fisioterapeuta, a população passou a conhecer os atendimentos e as especialidades ofertadas, buscando os pelos serviços fisioterapêuticos. Assim, a demanda aumentou consideravelmente, o que tornou necessária a criação do Centro Municipal de Fisioterapia (CMF), em 2011 (Figura 01). A partir daí, ampliou-se não somente o espaço físico, mas também o número de profissionais. A população passou a ter mais acesso a esses serviços e com equipamentos adequados para melhorar os atendimentos. No entanto, somente no dia 09 de fevereiro de 2018 o Centro Municipal de Fisioterapia e seus profissionais foram cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O CMF está localizado na área central do município, na rua Eduardo Ribeiro s/n. Contém uma recepção onde é realizada a triagem. Há um espaço para atender usuários(as) que utilizam a cinesioterapia, ainda um espaço destinado para eletroterapia, além de uma sala de avaliação, copa e banheiro.

**Figura 01:** Primeiro Centro Municipal de Fisioterapia de Manicoré, AM.



**Fonte:** Acervo pessoal do autor, 2022.

O quadro de funcionários é composto por 11 trabalhadores, sendo: 04 (quatro) fisioterapeutas, 03 (três) serviços gerais, 02 (dois) atendentes de saúde, 01 (uma) técnica de enfermagem, 01 (um) motorista. Os fisioterapeutas atendem nas especialidades de fisioterapia ortopédica, neurológica, dentre outras.

Os atendimentos acontecem de segunda a sexta, das 07 às 11 horas e das 13 às 17 horas. As sessões de fisioterapia são realizadas por meio de encaminhamento médico, passando por avaliação com o fisioterapeuta especialista, no CMF, que agenda as sessões com duração de 50 minutos, aproximadamente. Os atendimentos ortopédicos são realizados às segundas e quartas-feiras, já os atendimentos para pacientes neurológicos são realizados às terças e quintas-feiras.

O tratamento fisioterapêutico é finalizado, em média, com dez sessões. As avaliações são realizadas todas as sextas-feiras pela parte da manhã para usuários(as) que conseguem se locomover até o CMF. No período da tarde, as avaliações são realizadas em domicílio para usuários (as) acamados (as), cadeirantes e/ou mobilidade reduzida que não possuem condução própria. Referente a esses casos, disponibilizamos o carro para deslocamento até o CMF nos dias de terça e quintas-feiras. A figura 02 retrata o deslocamento desses usuários que apresentam geralmente perda de mobilidade para se locomover e são levados ao CMF para receber atendimento.

**Figura 02:** Transporte do usuário ao domicílio.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

Além das avaliações, os usuários que utilizam cadeira de rodas ou possuem dificuldades de locomoção e que não dispõe de transporte para receber atendimento no CMF, tem o agendamento para fazer a condução nos dias de terça e quinta.

Os usuários acamados são atendidos em domicílio pelos fisioterapeutas do eMulti. Os profissionais do eMulti reavaliam e verificam quando os usuários podem receber atendimento no CMF. Então, é realizada uma avaliação em domicílio pelo(a) fisioterapeuta do Centro, sendo estabelecido o dia e horário para as sessões. Abaixo, na figura 03, retrata um usuário sendo avaliado em domicílio com encaminhamento médico e diagnosticado com Doença de Parkinson.

## AS AÇÕES DURANTE A PANDEMIA E PÓS-PANDEMIA POR COVID-19

Os atendimentos no Centro foram reduzidos no período da pandemia de Covid-19, entre fevereiro de 2020 a maio de 2021. Os fisioterapeutas ficaram à disposição da unidade hospitalar Dr. Hamilton Cidade. Foram momentos difíceis para todos os profissionais de saúde. Os fisioterapeutas passaram a ser profissionais essenciais na rotina hospitalar de Manicoré. No período pandêmico, permanecem atuando na unidade até o momento da escrita deste capítulo. A cada internação, carregávamos a aflição de acompanhar os usuários e familiares nos boletins diários. Houve uma dedicação incansável pela recuperação dessas pessoas, que na maioria das vezes, eram parentes e amigos próximos. Cada pessoa que internava, era cercada de atenção e cuidado por toda a equipe e a presença do profissional de fisioterapia era permanente, desde o momento de observação na “Sala Rosa”, internação e alta (com os atendimentos pós-covid). Passamos por momentos e perdas irreparáveis. No entanto, também há o sentimento de gratidão e reconhecimento da população pelo trabalho realizado, validando o quão importante foi a presença do fisioterapeuta nesse momento trágico da humanidade.

**Figura 03:** Avaliação domiciliar.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.



## FISIOTERAPIA: DEVOLVENDO A VONTADE DE VIVER

No período de maio de 2022 a setembro de 2023, os usuários que frequentam ou frequentaram o CMF, relatam sobre os serviços oferecidos pelos profissionais de fisioterapia no município. A prática da fisioterapia vai além da simples correção de movimentos e recuperação de lesões físicas. Ela é, muitas vezes, a chave para resgatar a esperança, a independência e, por vezes, a própria vontade de viver. Nos corredores do CMF, histórias de superação repercutem, testemunhando o impacto transformador dessa profissão.

**Figura 04:** Atendimento realizado no Centro Municipal de Fisioterapia.



**Fonte:** Próprio autor, 2022.

No relato emocionante de R. V., uma jovem diagnosticada com paralisia cerebral aos 3 anos, testemunhamos a evolução de alguém que encontrou na fisioterapia não apenas um tratamento, mas uma porta para uma vida antes considerada impossível. Dos primeiros dias na UBS Mãe Laurinda até os atendimentos regulares no CMF, R. V. destaca como a fisioterapia proporcionou coordenação, força, atenção e independência. Atualmente, ela não apenas realiza

atividades cotidianas sozinha, mas também concluiu o ensino médio, um curso profissionalizante de informática e está no primeiro período de pedagogia. Sua história é um testemunho vibrante de que a fisioterapia não apenas restaura movimentos, mas constrói caminhos para realizações significativas.

Ao ouvir esse relato, nos enche de gratidão e orgulho. Saber que nossa profissão consegue transformar a vida de muitas pessoas. R. V. é uma das usuárias mais antigas, atendida duas vezes por semana e que conta com a disponibilização do transporte para a sua locomoção até o CMF.

O segundo relato, protagonizado por N. M. S. F., destaca o papel crucial da fisioterapia na recuperação pós-acidente. Após um traumatizante incidente de moto, N. M. S. F enfrentou a perspectiva de uma longa recuperação. No entanto, graças à dedicação da médica e do fisioterapeuta, N. M. S. F não apenas recuperou a mobilidade, mas superou expectativas de reabilitação. Sua jornada, que começou na cadeira de rodas (conforme a figura 05), a usuária testemunha a importância da fisioterapia não apenas na reabilitação física, mas na superação psicológica do trauma, devolvendo-lhe não apenas a capacidade de andar, mas a confiança perdida.

**Figura 05:** Avaliação realizada em domicílio.



Fonte: Próprio autor, 2022.

**Figura 06:** Fisioterapia respiratória.

**Fonte:** Próprio autor, 2022.

O terceiro relato, protagonizado por R. P. V., lança luz sobre o papel da fisioterapia no enfrentamento das sequelas da Covid-19. Após duas batalhas contra a doença, R. P. V. encontrou na fisioterapia uma aliada para superar as dificuldades respiratórias. Seu relato ressalta a persistência dos profissionais de fisioterapia, que não apenas tratam as condições físicas, mas também proporcionam o apoio emocional. A história de R. P. V. é uma prova de que a fisioterapia não é apenas uma ferramenta de reabilitação, mas um canal de esperança em meio às tempestades da saúde.

Esses relatos, entre tantos outros, refletem não apenas a competência técnica dos profissionais de fisioterapia, mas também sua dedicação em devolver não apenas a funcionalidade física, mas a dignidade e a alegria de viver. A fisioterapia, ao se tornar um agente de transformação, demonstra que seu impacto vai além das salas de tratamento, tocando as vidas daqueles que, por um momento, perderam a esperança, mas encontraram na fisioterapia o caminho de volta para a funcionalidade.



## CONSTRUÇÃO DO NOVO CENTRO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA

Com o aumento da busca das pessoas pelos atendimentos de fisioterapia, a estrutura física do atual CMF passou a não suportar a demanda. Então, a atual gestão, determinou a construção de um novo Centro de Fisioterapia. O Centro comporta sala de recepção e triagem, sala de avaliação, espaço de cinesioterapia, de eletroterapia e uma sala para o uso do turbilhão<sup>1</sup>. Ainda há um espaço para atendimento pediátrico e a piscina para a hidroterapia. Possui banheiros, copa e um espaço amplo para o estacionamento.

**Imagem 07:** Área da frente do Centro de Fisioterapia.



**Fonte:** Próprio autor, 2023.

O Centro de Fisioterapia Bruno Eduardo Costa foi inaugurado no dia 25 de setembro de 2023. O Centro é uma conquista muito importante para a população manicoreense, pois dispomos de mais atendimentos humanizados para a população. O prédio ampliado e adaptado para atender a população juntamente com todos os equipamentos, instrumentos e acessórios marca um momento muito importante e de destaque para a fisioterapia e a população.

**Imagem 08:** Sala de Cinesioterapia.

**Fonte:** Próprio autor, 2023.

**Imagem 09:** Cinesioterapia – a arte de curar através do movimento.

**Fonte:** Próprio autor, 2023.

A sala de cinesioterapia, mostrada na figura 08 e 09, foi pensada para a prática de exercícios, através de alguns acessórios e mecanoterapia e outros. Este espaço dispõe de bicicleta ergométrica, uma multiestação para a prática de alguns exercícios que necessitem trabalhar força muscular, entre outros

acessórios e equipamentos que são de fundamental importância para o auxílio da cinesioterapia.

**Figura 10:** Sala de eletroterapia.



**Fonte:** Próprio autor, 2023.

Dentro das dependências do Centro de Fisioterapia temos também uma sala reservada para o uso de aparelhos de eletroterapia (figura 10), além de fototerapia. Nesse espaço, possuímos além das 10 macas um local adaptado para atendimentos que exigem mais privacidade. Além disso, temos um espaço reservado para o tratamento utilizando o turbilhão. Esse espaço foi feito para comportar o aparelho e no máximo 2 pessoas ao mesmo tempo. E, na área externa, temos a piscina adaptada para a realização de hidroterapia. Piscina coberta, com água aquecida.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser fisioterapeuta, atuar como profissional que reabilita é, sem dúvida, grandioso. Sabemos da importância e da necessidade da nossa profissão na vida da população manicoreense. É gratificante saber que através das nossas mãos cuidadoras muitas pessoas retornaram as suas atividades de vida diária (AVD).

Transformamos vidas, ajudamos esses usuários a voltar a sonhar e enfrentar suas limitações, devolvendo a funcionalidade a essas pessoas que muitas vezes estavam desacreditadas. Assim, a atuação dos fisioterapeutas no Centro Municipal de Fisioterapia promove uma melhor qualidade de vida e traz esperança de vida para a população do município de Manicoré.



## REFERÊNCIAS

- Abrafin. (2023). **Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional**. <https://abrafin.org.br>
- Berlato, E., Tokumoto L. F., & Oliveira M. V. (2009). **O papel da fisioterapia em lesões traumato ortopédicas de quadril em idosos**. 49F. Monografia (Especialização em Fisioterapia Traumato Ortopédica Funcional) - UNISALESIANO- Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, São Paulo.
- Câmara dos Deputados. Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021. **Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família** [Internet]. 2021
- COFFITO. (1969). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Decreto lei n. 938-de 13 de outubro de 1969. **Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências**.
- COFFITO. (2013). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, (147).
- Marques, A. P., & Sanches, E. L. (1994). Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Fisioterapia e Pesquisa**, 1(1), 5-10.
- Magalhães, M. S. (2004). Avaliação da assistência fisioterapêutica sob a ótica do usuário. **Fisioterapia Brasil**, 5(5), 350-356.
- Neves, L. M. T., & Aciole, G. G. (2011). Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 15(37), 551-564.
- Rebellato, J.R., & Botomé, C.F. (2001). **Fisioterapia no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Manole.

# Fortalecendo o vínculo entre Centro de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde no município de Manicoré



**Maria Cívita Doce de Moraes**  
**Cláudio Barbosa Ferreira**  
**Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa**  
**Maria Adriana Moreira**



## INTRODUÇÃO

**O** capítulo relata o trabalho realizado pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nas ações de Matrificação juntamente com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Manicoré. Apresentamos neste capítulo as ações realizadas desde o ano de 2021 com a atual equipe do CAPS. A construção compartilhada de ações com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se inicia com o conhecimento do território e dos usuários da saúde mental que acessam o sistema de saúde pela atenção básica. Foram as profissionais e técnicos do CAPS que tiveram a iniciativa de buscar a aproximação com as UBS a fim de estimular e estreitar o vínculo ente elas e o CAPS.

A equipe do CAPS organizou reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros e médicos com o intuito de apresentar os serviços ofertados, bem como, orientar como as informações de acesso podem ser di-



vulgadas aos usuários da saúde mental. A ideia do CAPS como porta aberta para os atendimentos antes de qualquer encaminhamento para outros centros especializados fora do município.

O diálogo entre a equipe do CAPS e as equipes da atenção primária favorece a realização do matriciamento, uma das estratégias mais robustas para o acompanhamento dos usuários da saúde mental. Segundo Campos (1999), o matriciamento surgiu para viabilizar uma reordenação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com maior aproximação entre os usuários e os profissionais. O matriciamento, deste modo, pode ser entendido como uma estratégia que é ajustada para a realidade de cada território, e tem o intuito de promover e produzir saúde por meio da troca de conhecimentos e da integração dialógica entre as equipes de referência da atenção primária e os profissionais de saúde que atuam como matriciadores (Chiaverini, 2011).

Na saúde mental a função de matriciador geralmente é desempenhada por psicólogos (as), psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros (as) ou assistentes sociais, especialmente os que atuam no CAPS. Para além de funcionar como referência para quem busca cuidados em saúde mental, o CAPS tem o papel de contribuir para a consolidação da reforma psiquiátrica por promover a extensão desses cuidados à comunidade, por meio a atenção primária (Gonçalves & Peres, 2018).

Os CAPS são destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento mental, incluindo aquele decorrente do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Nesse sentido, é importante a coparticipação da UBS, pois é a principal porta de entrada no acesso dos usuários ao SUS e atua no território de vida das pessoas. Com essa concepção, foi proposta a estratégia de realizar a articulação entre as ações do CAPS e UBS para garantir um cuidado efetivo e ampliado à saúde mental. Por meio da interação entre as duas redes de atenção à saúde, o CAPS realizou as ações de matriciamento com as Equipes de Saúde da Família (ESF) no período de 2021 a 2022.

Nesse contexto, relatamos a experiência e as vivências da equipe multiprofissional do CAPS nas ações de matriciamento, com o objetivo de dar o suporte aos usuários da saúde mental atendidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Inicialmente realizamos encontros, em forma de rodas de conversa, entre as equipes do CAPS e UBS, nos quais foram abordados os temas: território, Redes de Atenção à Saúde e acolhimento. No segundo momento promovemos discussões de casos específicos e visitas domiciliares conjuntas com a

ESF. Essas ações foram importantes na construção do cuidado compartilhado entre as ESF e o CAPS, contribuindo na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde mental nas respectivas áreas de abrangências de cada UBS. Essas reuniões aconteciam ou no CAPS ou dentro das UBS com profissionais e usuários do serviço.

Como desdobramento, ocorreu a descentralização do cuidado em saúde mental no CAPS, respeitando os níveis de complexidade de cada caso, e maior autonomia no cuidado ofertado pelas equipes da ESF. A estratégia utilizada melhorou o acolhimento aos usuários, em seu território e levando em consideração as suas rotinas, seu cotidiano e suas necessidades.



## UMA REDE DE MUITAS PARCERIAS

A composição e estruturação dos serviços da rede de atenção psicossocial no município de Manicoré têm como premissa trabalhar em parceria, de forma matricial, o CAPS, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), UBS, Escola, Igrejas, Conselho Tutelar e o Hospital. Todos os serviços funcionam muito bem de acordo com a função de cada um e visam o trabalho em conjunto para garantir qualidade de vida para os usuários de forma digna e humanizada.

As principais ações do CAPS são os atendimentos aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes. A equipe multidisciplinar está habilitada para o acompanhamento de usuárias (os) e familiares. Também são realizadas consultas psiquiátricas uma vez ao mês. Conta ainda com o trabalho de um médico clínico que atende todas as sextas feira nos turnos manhã e tarde. As ações buscam manter a integração dos usuários com a sociedade e a manutenção dos vínculos sociais e familiares.

O matriciamento é a principal estratégia, realizado principalmente com as UBS, pois é a porta de entrada do SUS, constituindo-se em uma das principais ações em saúde mental e de estabelecimento do vínculo com usuários e familiares. Mensalmente realizamos reuniões nas UBS, por meio de rodas de conversas com as equipes e os usuários para discutir e organizar estratégias para qualificar nossos atendimentos e ações na promoção da saúde mental dos usuários. Na figura 01 apresentamos uma imagem desses encontros.



**Figura 01:** Roda de conversa com profissionais e usuários.

**Fonte:** Banco de imagens da equipe do CAPS, 2023.

As reuniões com as equipes das estratégias da família das UBS e CAPS, foram mensais mensalmente e seguiram um cronograma, para a realização das visitas matriciadas. Nesses encontros foram definidos dias e horários, bem como discutidos os casos mais urgentes. Seguimos o cronograma de visitas semanais, por UBS na zona urbana de Manicoré, como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1:** Cronograma de visitas matriciadas realizadas por UBS.

AÇÕES E SERVIÇOS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	DIA DA SEMANA
VISITA DOMICILIAR	EMILY TASSIA	SEGUNDA FEIRA
VISITA DOMICILIAR	MÃE LAURINDA	TERÇA-FEIRA
VISITA DOMICILIAR	JOÃO PEREIRA	QUARTA-FEIRA
VISITA DOMICILIAR	NILTON PEREIRA	QUINTA-FEIRA
VISITA DOMICILIAR	LOURIVAL DIAS	SEXTA-FEIRA

**Fonte:** Banco de imagens da equipe do CAPS, 2023.



## AS REUNIÕES E RODAS DE CONVERSA

As primeiras reuniões foram realizadas com a equipe do CAPS. Contou com a participação de quatro profissionais da saúde, Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro e Psiquiatra que enfatizaram a importância do apoio matricial e de parcerias com as UBS. Na sequência, reunimos em uma roda de conversa com os gerentes, ACS's, enfermeiros, médicos, dentista, nutricionista e assistente social juntamente com os usuários, um total de 40 (quarenta) pessoas.

Foram abordados alguns temas relacionados ao matriciamento e a importância da saúde mental na vida das pessoas, orientando sobre o acompanhamento regular com o médico psiquiatra, bem com a equipe multidisciplinar da unidade. As rodas de conversas foram importantes para os usuários, pois eles foram informados das consultas, uso da medicação, dos agendamentos do CAPS e da UBS e do acolhimento humanizado com o intuito de fortalecer o vínculo dos usuários com os profissionais das unidades. A cada roda de conversa conseguíamos reunir um número maior de usuários, vencendo as dificuldades decorrentes do estigma e preconceito que muitas vezes os afastaram dos serviços. Com o matriciamento e o trabalho realizado em colaboração com as UBS, a maioria dos usuários voltaram a frequentar o CAPS e retomaram o tratamento.

Em um determinado momento, durante uma roda de conversa, uma das participantes relatou o atendimento dos hospitais psiquiátricos e defendeu o atendimento recebido no CAPS. Nesse momento, por outra participante, foi partilhada a importância da família no cuidado em saúde mental. Os encontros foram bastante produtivos e participativos, o que ampliou o conhecimento das equipes sobre os usuários e o fortalecimento do vínculo do CAPS com a Atenção primária.



## NAS VISITAS, O ACOLHIMENTO

Como procedimento, as visitas domiciliares são solicitadas pelas famílias ou pelos ACS que atuam na UBS. O CAPS faz visita diariamente com assistente social, enfermeiros e psicólogo, o médico psiquiatra participa quando está no município. As visitas foram realizadas diariamente, assim como os acolhimentos, buscando melhoria na qualidade de vida dos usuários que necessitam de cuidados em saúde mental e fortalecimento do vínculo usuários-profissionais.

A visita também estimulou o vínculo entre o usuário e seus familiares, pois possibilita conhecer a realidade de cada pessoa e favorece a compreensão dos aspectos psicoafetivos, sociais e biológicos. Nas visitas observou-se a proximidade entre o profissional técnico e a família do usuário, com maior acolhimento e criando vínculos que beneficiam o acompanhamento e o tratamento desse



usuário. Na figura 2 apresentamos registro fotográfico feito durante visita realizada pela equipe do CAPS e na figura 3 pela equipe do CAPS junto com o ACS da área de abrangência.

**Figura 02:** Visita domiciliar realizada pela equipe de saúde do CAPS.



**Fonte:** Banco de imagens da equipe do CAPS, 2023.

**Figura 03:** Visita domiciliar realizada pela equipe do CAPS e ACS.



**Fonte:** Visita domiciliar realizada pela equipe do CAPS e ACS.



## APRENDIZADOS E DESAFIOS

Os aprendizados nesses dois anos de matriciamento foram verificados na melhoria dos atendimentos aos usuários de saúde mental nas UBS do município. A informação sobre como funciona o serviço de saúde mental deu suporte ao ACS e enfermeiros para melhorar a comunicação e orientação dos usuários nos seus territórios. O maior desafio foi reunir com as equipes das UBS, devido à alta demanda de cada setor. Contudo, com o compromisso de todos para a melhoria dos serviços em saúde mental, foi possível. Também é importante lembrar que estávamos em emergência sanitária, devido a pandemia de Covid-19 e os usuários estavam isolados e o número de visitas reduzido. Por vezes, as dificuldades se apresentavam na falta de transporte para a locomoção do médico até a residência do usuário.

No entanto, em alguns casos a visita compartilhada foi necessária. Desta forma, profissionais com equipamentos de proteção individual (EPI) foram deslocados para a realização das visitas, mesmo desafiados pelo medo, e a ansiedade, característicos do tempo pandêmico. A equipe também tinha preocupação com automedicação por parte dos usuários, pouca ou ausência de supervisão de familiares e acompanhamento médico. Ressaltamos a importância do matriciamento para o não agravamento dos casos. No trabalho em equipe, na comunicação com o usuário, os resultados foram exitosos para ele, família, equipes da UBS e equipe do CAPS.



## O QUE ALCANÇAMOS

Após o início do matriciamento percebemos a melhora no vínculo dos usuários com seus familiares, com resultados significativos, que incidiram na diminuição da busca por serviços de urgência-emergência do hospital de referência no município. O processo de trabalho entre CAPS e UBS está se aprimorando, integrando cada vez mais os serviços e os cuidados em saúde mental.

Foi possível identificar melhoria nos atendimentos e acolhimento dos usuários nas UBS, constatados através de relatos feitos pelos próprios usuários nas visitas compartilhadas pelas equipes. Contudo, ainda é necessário avançar nas questões relacionadas ao estigma e preconceito, que levam os usuários a se sentirem inferiores e com medo, por fazerem uso de remédios controlados. Por outro lado, quando conseguimos êxito nas ações de educação em saúde com esse usuário, mostrando com objetividade a real situação, ele torna-se protagonista de si, com mais confiança e controle de suas emoções. Reafirmar a importância do matriciamento e o trabalho em rede para melhorar os cuidados em saúde.



Para o futuro, pretendemos realizar as ações de matriciamento nas 07 áreas da Estratégia da Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), pertencentes ao município de Manicoré. Pretendemos realizar ações de promoção e prevenção em saúde mental, em cada equipe, seguindo a metodologia adotada na área urbana do município, respeitando as características próprias de cada território e mantendo a escuta atenta de suas demandas e necessidades de cuidados em saúde mental. Uma construção com o território.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse trabalho foi possível observar uma melhora significativa na assistência em saúde mental, realizada pelas equipes de saúde da família. O fortalecimento da interação entre o CAPS e as equipes da atenção primária como um importante disparador de ações compartilhadas e de grande efeito na solução de problemas.

Reafirmar a importância e eficácia do matriciamento como um novo modo de cuidar e reordenar a assistência em saúde mental. Importante estratégia para vencer desafios e impasses para a promoção da saúde mental e da prevenção do agravamento dos quadros clínicos, que sempre resultam em maior sofrimento do usuário e seus familiares.

Foi um trabalho que possibilitou muitas reflexões e aprendizagens, individual e como equipe. Também mostrou a importância de sair da zona de conforto e buscar novas possibilidades de articulação, integração e intervenção. Aprendemos como pessoas e profissionais, melhoramos o serviço, garantimos acesso aos serviços e, especialmente, melhoramos as condições da assistência aos usuários que precisam desses serviços e dos cuidados em saúde mental. É o SUS cumprindo o seu propósito de garantir saúde integral e equânime a todas as pessoas.



## REFERÊNCIAS

- Chiaverini, D. H. (2011). **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), 393-403
- Gonçalves, R. C., & Peres, R. S. (2018). Matriciamento em Saúde Mental: Obstáculos, caminhos e resultados. **Revista da SPAGESP**, 19(2), 123-136

# Implantação da telemedicina no município de Manicoré



**Talita Carvalho da Silva**  
**Dávila Moita Ponte**  
**Raimunda Nonata Oliveira da Gama**  
**Rosival Eleuterio Vaz**  
**Vanessa Colares Magalhães Alves**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Thyago Lennon de Andrade Mota**



## INTRODUÇÃO

**A** ideia de escrever sobre a implantação do Telessaúde em Manicoré surgiu por meio da I Mostra de Experiências e Boas Práticas dos Serviços de Saúde da Secretária Municipal de Saúde (SEMSA). Nossa equipe atua na Unidade Básica de Saúde (UBS) como referência do programa. A partir disso, vimos, além da necessidade, uma oportunidade de informar sobre esse serviço, muitas vezes desconhecido pela população, abordando sobre o que é, como ocorre sua implantação, e suas perspectivas, limitações e potenciais.

Iniciamos o capítulo conceituando a telemedicina e apresentando de maneira mais objetiva as suas áreas de atuação. Um breve histórico da implantação da telemedicina no Brasil e seus avanços e limitações. A contextualização do processo da implantação no município de Manicoré, Amazonas, com a apresentação de dados e informações relevantes sobre o trabalho realizado no município.

Dessa forma, apresentamos essa escrita e confessamos que este é um desafio para toda a equipe. Este capítulo será uma maneira de divulgar esse trabalho para toda a população manicoreense, amazônica, brasileira e quiça de outros países. Queremos que vocês leitores compreendam a grandeza deste serviço no município.





## TELEMEDICINA: CONCEITOS E CONTEXTOS

A Telemedicina pode ser descrita como a aplicação de tecnologias de informação e comunicação no setor de saúde. Essa abordagem possibilita a ampliação dos serviços relacionados ao cuidado com a saúde, incluindo o aumento da atenção e da cobertura, sobretudo em situações em que a distância representa um desafio significativo para o acesso aos serviços de saúde, necessários para garantir o direito constitucional à saúde (Maldonado, Marques & Cruz, 2016).

O termo telemedicina é frequentemente mencionado na literatura em conjunto com as expressões telessaúde e e-saúde, sem que haja uma definição conceitual consistente entre eles. Diversos autores oferecem interpretações distintas desses termos, variando em termos de sua amplitude, abrangendo funções, implicações institucionais e profissionais, contextos de aplicação e objetivos. No geral, esses conceitos estão relacionados ao uso de tecnologias de comunicação e informação no campo da saúde e, com frequência, são equivalentes (Mariani & Pêgo-Fernandes, 2012).

Segundo Santos *et al.* (2020) e Maldonado, Marques & Cruz (2016), a telemedicina é caracterizada como a disponibilização de serviços de saúde, dados clínicos e educação à distância por intermédio de tecnologias de telecomunicação. Esse enfoque facilita o acesso a atendimentos especializados, proporcionando benefícios para os usuários localizados em áreas remotas ou de difícil acesso.

Por outro lado, o conceito de telessaúde, de acordo com Marcolino *et al.* (2013), assume uma perspectiva mais ampla e multidisciplinar quando comparado à telemedicina, englobando diversas áreas relacionadas à saúde, como enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia.

Outro ponto importante é a distinção apresentada por Brito *et al.* (2016) e Mesina *et al.* (2020). Segundo os autores, as unidades da Rede Universitária de Telemedicina da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa - RUTE/RNP desempenham um papel crucial. Auxiliam no desenvolvimento da infraestrutura para telemedicina e promovem a conexão e colaboração entre instituições participantes. Isso acontece por meio de atividades de ensino, pesquisa, assistência e gestão à distância, focando em tópicos específicos de saúde em salas de vídeo ou web conferência.

Para aprimorar a qualidade das redes, as equipes de trabalho colaboram em conjunto. Buscam alcançar um objetivo comum, o que envolve um processo colaborativo. Isso significa que abordam um problema sob diferentes perspectivas e se esforçam, de maneira construtiva, para investigar soluções que vão além das visões limitadas sobre o que é possível. Dessa forma, permite que vários estabelecimentos de saúde contribuam para a transformação digital da área da

saúde. Isto resulta na expansão das fronteiras do conhecimento sobre Telemedicina e Telessaúde (Messina *et al.*, 2020).

Quando abordamos desde uma perspectiva logística, a telessaúde emprega recursos tecnológicos com o objetivo de otimizar e aprimorar as operações do sistema de saúde, abrangendo todas as etapas da cadeia produtiva, como destacado por Wen (2011). Um conceito fundamental nesse contexto é a interação, que ocorre entre profissionais de saúde, entre profissionais e usuário, entre gestores e profissionais de saúde, entre gestores e usuários, e envolvendo diversos gestores, juntamente com outros participantes desse ecossistema de saúde.

Embora as definições apresentadas não se assemelhem, existe uma convergência ao descrever a telemedicina como a aplicação de tecnologias na prática da medicina, seja para fins assistenciais, educacionais ou de pesquisa.

Enquanto alguns autores expõem as vantagens da telemedicina, Soares & Andrade (2022) descrevem como desvantagens detalhes importantes: o contato direto profissional da saúde e usuário está afetado, podendo perder coleta da informação não verbal; dificuldade de estabelecer uma empatia; quantidade e qualidade das informações; possibilidade de aparecer erro médico; dificuldades dos usuários terem acesso aos meios tecnológicos; sobrecarga de contatos no sistema, podendo atingir níveis de burnout; profissionais com formação específica para comunicação em teleconsulta.

Por outro lado, os autores O'Neill *et al.* (2021) destacam que os médicos constataram dificuldades na parte técnica com relação às dificuldades que apresentam o usuário ou cuidador na adaptação e os conhecimentos sobre as tecnologias de comunicação, assim como as inadequadas ou inexistentes ditas tecnologias que sofrem pela falta de recursos, assim como, o obstáculo de não poder realizar o exame físico e a dificuldade na compreensão de informação clínica do usuário ou cuidador. Pelo que é importante fazer uma seleção correspondente do pessoal a ser consultado neste formato de consulta, com o intuito de não comprometer a qualidade dos serviços.



## A EVOLUÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL

As primeiras experiências na telemedicina e telessaúde no Brasil, como relatado por Khouri (2003), tiveram início durante a década de 1990. Em 1994, a TELECARDIO deu início à prática de eletrocardiogramas a distância. No ano subsequente, o InCor lançou o serviço ECGFAX, que viabilizava a análise de eletrocardiogramas enviados via fax para médicos do InCor. Ainda em 1995, a Rede Sarah estabeleceu um programa de videoconferência para compartilhar



informações clínicas entre seus hospitais especializados em aparelho locomotor. Além disso, em 1996, o InCor introduziu o serviço ECGHome, com o propósito de monitorar pacientes em seus lares.

No Brasil, diversas iniciativas têm surgido com o propósito de impulsionar a telemedicina, destacando-se políticas governamentais como o Programa Telessaúde Brasil, além da atuação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) e da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Essas entidades desempenham papéis de significativa importância nesse contexto (Maldonado, Marques & Cruz, 2016).

Com o intuito de aprimorar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Telessaúde em 2007. Em 2011, esse Programa foi ampliado e passou a ser conhecido como Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Inicialmente, a meta do programa era capacitar 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e estabelecer nove núcleos em estados brasileiros, nos quais seriam conectados 100 pontos de telessaúde, operando em unidades básicas de saúde (UBS) de municípios selecionados. No total, isso representava a criação de 900 pontos de telessaúde (Maldonado, Marques & Cruz, 2016).

Conforme observado por Wen (2014), em 2006, teve início um diálogo com hospitais universitários de alto desempenho para discutir a formação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), liderada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) - MCT/MEC.

Em 2007, a Resolução nº 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina (CFM) foi aprovada, estabelecendo as normas técnicas para a digitalização e permitindo o armazenamento e gerenciamento eletrônico dos prontuários de pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informações de saúde identificadas.

Maldonado, Marques & Cruz (2016) comentam que em 2011, o Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em colaboração com o Ministério da Saúde (MS), lançou um projeto piloto que resultou no estabelecimento do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, como uma extensão do Programa Telessaúde Brasil (2009-2011). Esse esforço visou à criação de Núcleos de Telessaúde em associações regionais de municípios. Posteriormente, em 2012, o Programa de Teleemergências e Teleurgências foi introduzido.

A Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, autorizou o uso da telemedicina durante o período de emergência causado pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Nessa modalidade, receitas médicas em formato digital eram consideradas válidas, desde que estivesse a assinatura eletrônica ou digitalizada do profissional que fez a prescrição, dispensando assim a necessidade de apresentação em meio físico.

Essa referida lei estabelece que é responsabilidade do médico informar ao paciente sobre todas as limitações inerentes ao uso da telemedicina, especialmente no que diz respeito à impossibilidade de realizar um exame físico durante a consulta. No entanto, ressalta que o atendimento seguirá os padrões normativos e éticos estabelecidos para o atendimento presencial.

Em abril de 2022, o Conselho regulamentou em definitivo o uso da telemedicina, incluindo a teleconsulta como uma de suas modalidades e a Lei nº 14.510, autoriza e disciplina a telessaúde em todo território nacional. Dessa maneira, é essencial que o Brasil continue a investir na telemedicina, assegurando que a tecnologia seja utilizada de forma ética e eficaz, para que possamos proporcionar um sistema de saúde mais acessível, inclusivo e eficiente para todos os cidadãos.



## TELEMEDICINA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Inúmeras evidências respaldam a APS como um elemento ordenador fundamental para um sistema de saúde. Isso significa que os serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser configurados com base nas necessidades de saúde da população, as quais são identificadas pelas equipes de APS, conforme destacado por Mendes (2011). A Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde reafirma e fortalece o papel organizador da APS no SUS (Brasil, 2010).

Mendes (2011) ressalta que ao implementar, manter e consolidar uma abrangente rede de comunicação entre os serviços de saúde do SUS, os serviços de telessaúde e telemedicina podem desempenhar um papel fundamental no fortalecimento dos elos que ligam os pontos de atendimento, tornando-se uma estratégia robusta na concretização e efetivação das RAS. É essencial destacar que uma rede não pode existir sem uma estratégia que seja amplamente difundida em termos de informação e comunicação. Além disso, não é possível construir uma rede eficaz sem a aproximação entre os profissionais que a integram.

Conforme observado por Mendes (2011), essa conexão entre profissionais e serviços de saúde não requer necessariamente um contato físico direto, sendo suficiente que seja uma comunicação efetiva, voltada para solucionar os desafios de integração que impedem as pessoas, ou seja, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de receber o cuidado apropriado, no momento adequado, no local correto, com custos adequados, com qualidade assegurada, e com uma abordagem humanizada e equitativa.

Considerando o exposto, podemos afirmar a importância de compreender que a aplicação da telemedicina pode resultar na diminuição de encaminhamentos desnecessários, contribuindo para a melhoria da eficácia da Atenção



Primária. Vale destacar que a telemedicina possui o potencial de aprimorar a qualidade dos encaminhamentos, encurtando o tempo de espera quando essas transferências são de fato necessárias. Na sequência, apresentamos como foi a implantação da telemedicina no município de Manicoré, avanços e desafios, além da percepção de usuários quanto ao serviço.

## IMPLANTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO MUNICÍPIO MANICORÉ

O Brasil é um país que oferece oportunidades ímpares para o desenvolvimento e as aplicações da telemedicina. Sua grande extensão territorial, milhares de locais isolados e de difícil acesso, distribuição extremamente desigual de recursos médicos de boa qualidade, entre outros aspectos que vêm desafiando a efetivação do direito à saúde - universal, integral e equânime - permitem prever a existência de um grande potencial de expansão da telemedicina no país. Os esforços dos governos estaduais e federal na implementação da telemedicina consubstanciam essa perspectiva (Sabbatini, 2012).

Diante desse cenário, a implantação da telemedicina no município de Manicoré teve início no mês de junho de 2022, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI), que foi criado em 2009 com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandada pelo Ministério da Saúde.

**Figura 1:** Realização da consulta por meio da Telemedicina.



**Fonte:** Banco de imagens do departamento de Telemedicina, 2023.

Os usuários são avaliados e encaminhados aos especialistas pelos médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. As consultas são agendadas semanalmente pelo médico auxiliar responsável do programa. De acordo com as datas disponíveis no sistema, são realizadas em uma sala adaptada e com internet na UBS de referência Lourival Dias de Souza.

**Figura 2:** Telemedicina, por meio do Proadi/SUS



**Fonte:** Banco de imagens do departamento de Telemedicina, 2023.

O Hospital Israelita Albert Einstein disponibiliza sete especialidades médicas, dentre as quais estão: Cardiologia, Endocrinologia, Pneumologia, Reumatologia, Neurologia, Neuropediatria e Psiquiatria. Os atendimentos ocorrem diariamente de segunda a sexta conforme a demanda, com uma média de quatro atendimentos por dia, com duração aproximada de uma hora por usuário.



## RESULTADOS

No estado Amazonas foram atendidos em telemedicina 13.997 pessoas no período 2021 – 2022, sendo 239 consultas por 1.000 habitantes registrados no ano de 2022. Participaram 193 médicos do projeto, como telesolicitante no período 01/01/2021 a 31/12/2022.

Esses dados estão apresentados abaixo, na Tabela 1.

**Tabela 1:** Pacientes atendidos por 1.000 habitantes no Estado Amazonas no período de 01/01/2021 a 31/12/2022.

PERÍODO DE 01/01/2021 A 31/12/2022	
PACIENTES ATENDIDOS EM TELEMEDICINA	13 997
CONSULTAS POR 1000 HABITANTES	239

Fonte: Relatórios do Diário de Bordo Amazonas, 2022.

No município, foram realizados até o momento aproximadamente 302 consultas, uma média de 3 atendimentos a cada mil habitantes. Assim, melhorou a qualidade da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde e consequentemente reduziu os custos tanto para o município quanto para o usuário.

**Gráfico 1:** Público total de consultas por mês.



Fonte: Relatórios e frequências das ações de Telemedicina, 2023.

Pode-se observar que ao longo do período de um ano da implantação do tessaúde em Manicoré-AM, o mês que teve mais consultas foi outubro de 2022, e o que teve menos foi em setembro de 2022.

**Tabela 2:** Público total em consulta por mês por especialidade.

Especialidade	2022						2023						Total	
	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai		jun
Neurologia Pediátrica	10	11	5	1	18	8	9	5	14	17	5	18	8	129
Neurologia Clínica Adulta	1	5	3	2	8	4	3	2	3	5	-	4	-	40
Cardiologia	2	5	7	1	5	2	4	3	3	5	3	6	3	49
Endocrinologia	4	1	3	2	2	3	3	-	2	3	1	3	4	31
Psiquiatria	1	2	2	2	1	-	-	3	1	1	-	-	-	13
Reumatologia	-	5	3	-	2	3	5	1	4	2	1	5	2	33
Pneumologia	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	2	-	2	7

Fonte: Relatórios e frequências das ações de Telemedicina, 2023.

Conforme é apresentado na tabela, a especialidade com maior número de consultas foi Neurologia Pediátrica, 42,71%, o que pode ser justificado pelo alto número de casos com suspeita de autismo e TDAH. Em contrapartida Pneumologia teve o menor número de atendimentos no período, que representa um 2,31% do total.

**Gráfico 2:** Público total por idade (faixa etária) e Especialidade.



Fonte: Relatórios e frequências das ações de Telemedicina, 2023.

Conforme é apresentado na tabela, a especialidade com maior número de consultas foi Neurologia Pediátrica, 42,71%, o que pode ser justificado pelo alto número de casos com suspeita de autismo e TDAH. Em contrapartida Pneumologia teve o menor número de atendimentos no período, que representa um 2,31% do total. Podemos observar que houve uma procura maior por Reumatologia, Endocrinologia, Cardiologia e Neurologista Clínico Adulto por pacientes com faixa etária de 18-59 anos. Naqueles acima de 60 anos houve uma maior demanda por Cardiologia, Neurologia Clínica Adulto e Pneumologia.

**Gráfico 3:** Proporção de consultas agendadas por consultas realizadas e canceladas no período de 01/06/2022 a 07/06/2023.



**Fonte:** Relatórios e frequências das ações de Telemedicina, 2023.

Neste gráfico apresentamos um total de 531 consultas agendadas, foi observado um grande número de consultas canceladas, que representam 43,12%, a maioria devido aos pacientes perderem a data e o horário, outros são moradores das zonas rurais e encontram dificuldades de acesso. Outra causa seria a internet que às vezes está instável e não é possível prosseguir ou acessar a consulta naquele momento. As consultas realizadas representaram um 56,87%.

## TELEMEDICINA: Vozes que rompem as barreiras da distância e conectam a assistência e o cuidado

Criamos essa subseção para expor falas de uma entrevista realizada com os usuários de telemedicina. Essa entrevista, foi feita a partir da autorização

de cada usuário participante. Foi pedido que assinassem um termo de consentimento para uso de áudio e imagem. E, com o consentimento de todos os entrevistados, prosseguimos com a coleta.

A Telemedicina, como uma resposta inovadora para os desafios geográficos e financeiros, tem se destacado em Manicoré, conectando usuários a profissionais de saúde, sem a necessidade de deslocamentos que geram custos altos ao município e ao próprio usuário. Nesse contexto, ouvimos as experiências e perspectivas dos usuários que encontraram na Telemedicina um caminho mais acessível para receber cuidados em saúde.

Uma usuária destaca que a Telemedicina aliviou o ônus logístico e financeiro de viagens frequentes. *"Eu fiquei sabendo pelo médico do posto de saúde, e o que me motivou a usá-la é que para fazer acompanhamento eu tinha que sair do meu município para ir para a capital, e isso era difícil, era um gasto muito grande. Tendo esse recurso, melhorou muito fazer o acompanhamento aqui no meu município mesmo".*

A acessibilidade e facilidade de uso da Telemedicina foram pontos ressaltados por outra usuária: *"A minha experiência foi boa porque no dia da consulta a internet estava boa, e o tempo de agendamento também não foi muito longo e deu para entender, deu para falar com a médica e entender tudo muito bem".*

Explorando os serviços disponíveis, uma avó relata sua experiência na busca de suporte para seu neto: *"Quanto à especialidade que eu utilizei foi neuropsiquiatria, pois tenho um neto que foi encaminhado com suspeita de autismo, e o atendimento pra mim foi satisfatório".*

Sobre a qualidade do atendimento, um usuário enfatiza: *"A consulta da telemedicina é boa sim, igualmente uma consulta presencial, porque quando o médico especialista precisa passar medicamento, eles passam os medicamentos e quando eles precisam pedir os exames, eles pedem o exame e a gente faz, e depois marca o retorno".*

A preocupação com a privacidade é abordada por outra participante: *"Quando a privacidade e segurança eu acredito que seja igual uma consulta médica presencial, no qual somente o médico tem acesso ao prontuário do paciente."*

Ao pensar em melhorias, uma sugestão surge: *"A minha sugestão é que tivesse mais especialistas no programa e também que os agendamentos fossem mais rápidos, porque muitas vezes demora muito para ser atendido".*

Uma usuária compartilha sua vivência sobre o tratamento da diabetes: *"O medicamento que eu estava tomando não estava conseguindo controlar o tanto que o médico do telessaúde queria. Então ele passou um medicamento pra mim, e normalizou a diabetes, eu fiz três consultas com ele, e na terceira ele me liberou já para ser atendida só pela UBS"*.

Encerrando as reflexões, surge a pergunta sobre a permanência da Telemedicina: *"Eu acredito que a telemedicina no município é muito importante, pois para termos uma consulta com especialista teríamos que nos deslocar para Manaus, e o custo seria muito alto devido à distância"*.

Nesses relatos, percebemos não apenas a eficácia técnica da Telemedicina, mas o impacto emocional e humanizado que essa abordagem tem na vida dos usuários, fortalecendo a confiança e a colaboração entre profissionais de saúde e usuários, mesmo em meio às distâncias físicas. O cuidado colaborativo entre os profissionais oferece maior confiança aos usuários do serviço, diminui o tempo de espera dos atendimentos nas especialidades ofertadas e maior resolutividade dos problemas identificados.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que a experiência com a telemedicina tem sido bastante promissora em nosso município. Por meio desse serviço, busca facilitar e promover mais saúde de qualidade para a população, além da diminuição do tempo de espera por um médico especialista. Este é um dos desafios mais presentes, a dificuldade do usuário se deslocar até a capital para ser atendido. Enfrentados também outros desafios, como a instabilidade da internet, em algumas ocasiões o usuário se atrasa e perde a consulta, longo tempo de espera de até um mês para ser atendido por determinadas especialidades.

Além disso, a implantação desse programa, possibilitou a prestação de serviços especializados em nosso município, resultando na redução do encaminhamento de usuários para atendimento fora do município e, por conseguinte, na diminuição das despesas públicas.

Dessa forma, podemos afirmar que a implantação da telemedicina facilitou o acesso a alguns especialistas, promovendo cuidado aos usuários e ajudando a cumprir o que diz a nossa constituição de 1988, no artigo 196 que *"saúde é um direito de todos e dever do Estado..."*. É imprescindível que haja uma maior divulgação para o fortalecimento e ampliação do programa, que tem mostrado resultados significativos e deve continuar.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 89-89.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2020). Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**, 1-1.
- Brito, T. D. D. L. V., de Lima Lopes, P. R., Haddad, A. E., Messina, L. A., & Pisa, I. T. (2016). Análise da colaboração nos grupos de interesse especial da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). **Journal of Health Informatics**, 8(1).
- Conselho Federal de Medicina. (2007). Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário Oficial da União**.
- Khouri, S. G. E. (2003). Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil (**Tese de doutorado, Universidade de São Paulo**).
- Maldonado, J. M. S. de V., Marques, A. B., & Cruz, A.. (2016). Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos De Saúde Pública**, 32, e00155615. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155615>
- Marcolino, M.S., Alkmim, M.B.M., Assis, T.G.P., Palhares, D.M.F., Silva, G.A.C., Cunha, L.R., et al. (2013). A Rede de Teleassistência de Minas Gerais e suas contribuições para atingir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS - relato de experiência. **RECIIS (Online)**, 7(2).
- Mariani, A. W., & Pêgo-Fernandes, P. M. (2012). Telemedicine: a technological revolution. **Sao Paulo Medical Journal**, 130, 277-278.
- Martins, C. P., & Pinto, C. D. B. S (2023). O uso da telemedicina na atenção primária pós-pandemia da covid-19. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, 9(1), 18-24.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, 15(5), 2297-2305.

- Messina, L. A., Lopes, P. R. L., Araújo, G. B., Verde, T. L., Moraes, M., Meireles, L., Rocque, L. (2020). A pandemia mudou o mundo: O gênio saiu da lâmpada e nunca mais volta. **Revista Fontes Documentais**, 3, 767-775.
- Narvaja, R. F. V. (2021). História de la Telemedicina. **Revista de la AITT**, 8, 7-11.
- O'Neill, C., Matias, M. V.. (2021). Associação Portuguesa de Telemedicina. **Estudo da opinião dos médicos sobre o uso da teleconsulta no serviço nacional de saúde durante a 1ª fase da pandemia COVID-19**. Portugal: Autor.
- Sabbatini, R. M. (2012). A telemedicina no Brasil: evolução e perspectivas. In KC Caetano & W. Malagutti (Eds.), **Informática em Saúde: uma perspectiva multiprofissional dos usos e possibilidades**, 1-16.
- Santos, W. S., Sousa Júnior, J. H., Soares, J. C., Raasch, M. (2020, setembro/dezembro). Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: Oportunidade ou ameaça. **Rev. gest. sist. saúde**, 9(3), 433-453. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>.
- Soares, J., Andrade, D. (2022, abril). A Telemedicina e as suas Particularidades Práticas. **Revista Científica da Ordem dos Médicos, Cartas ao Editor, Acta Med Port**, 35(4), 303-312. <https://doi.org/10.20344/amp.1786>
- Wen, Ch. L. (2011). Telemedicina e telessaúde: inovação e sustentabilidade. In I. Mathias & A. Monteiro (Eds.), **Gold book: inovação tecnológica em educação e saúde**. <http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/5.pdf>.
- Wen, Ch. L. (2014, abril/maio/junho). Telemedicina e Telessaúde no SUS. **Revista Ser Médico, Em Foco**, Edição 67, 12-15. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=725>

# Fortalecendo a Atenção Básica:

*estratégia para potencializar o rastreamento do câncer de colo do útero*



**Kedison da Silva Monteiro**  
**Avani Cristina Campos**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Liliane da Silva Soares**  
**William Pereira Santos**



## INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é um dos tipos de câncer mais comuns entre mulheres latino-americanas e uma das principais causas de morte por câncer nesta população. Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 é que essa neoplasia seja o quarto tumor mais frequente entre as mulheres, com 17.010 mil (4,7%) casos, ficando atrás dos cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); e cólon e reto, com 24 mil (6,5%). Com relação à distribuição geográfica, o câncer de colo do útero é o segundo mais incidente nas regiões Norte (20,48 por 100 mil) e Nordeste (17,59 por 100 mil); terceiro na região Centro-Oeste (16,66 por 100 mil); o quarto na região Sul (14,55 por 100 mil); e na região Sudeste (12,93 por 100 mil), ocupa a quinta posição. No Amazonas, ocorrem cerca de 40,18 casos de CCU a cada 100 mil mulheres, aproximadamente três vezes a média nacional, que é 15,38 por 100 mil mulheres (INCA, 2022).

O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública, devido à sua distribuição, sobretudo em países com baixo ou médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como é evidenciado na literatura espe-



cífica (INCA, 2016; INCA, 2022). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), evidenciam que em torno de 85% dos casos de CCU ocorrem em países de baixa renda e/ou países em desenvolvimento, afetando, principalmente, mulheres jovens com baixa escolaridade e demais vulnerabilidades socioeconômicas, e que enfrentam barreiras no acesso e adesão aos serviços de saúde. O CCU, portanto, representa um relevante indicador de desigualdade, que, já deveria fomentar estratégias mais efetivas para garantir a cobertura da população.

Deve ser considerada também a infecção pelos tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), considerando a causa biológica preponderante para o desenvolvimento do CCU. Estudos apontam que existem mais de duzentos genótipos do HPV, mas, com relação ao CCU, os tipos oncogênicos mais comuns são os 16 e 18, apresentando maior risco de desenvolvimento das lesões precursoras de alto grau e da própria neoplasia. A literatura aponta que 90% dos casos de câncer de colo do útero se associam aos tipos 16 e 18 do HPV (Carvalho, O'Dwer & Rodrigues, 2018; INCA, 2022).

Outros fatores que potencializam o desenvolvimento do CCU, porém, devem ser observados, como questões culturais, sociais, econômicas e comportamentais; equipe de saúde reduzida em proporção à demanda territorial; baixa cobertura de testes de rastreamento citológico; falta de conhecimento sobre a patologia, os fatores de risco para o seu desenvolvimento e o exame de rastreamento; e dificuldade de atenção numa perspectiva intersectorial, visto que o tratamento das lesões precursoras e do CCU, quando descobertos em estágios mais avançados, pode requerer atenção para além da atenção primária, mas também da atenção secundária e/ou terciária (Brasil, 2013; INCA, 2016; INCA, 2022; MS, 2020; OMS, 2020). Também deve ser considerada a organização dos serviços de saúde com baixo potencial de capilaridade das ações e serviços em saúde e educação para manter o acesso e adesão da população aos programas de rastreamento e controle da doença (INCA, 2016).

O CCU tem sido considerado uma neoplasia passível de erradicação, devido às formas de prevenção. Uma delas é a vacinação contra os subtipos de HPV mais recorrentes relacionados ao desenvolvimento das lesões precursoras, do câncer e de verrugas genitais (6, 11, 16 e 18). A implantação e implementação da vacinação contra o HPV no sistema público de saúde tem sido a intenção e a estratégia global da OMS (Carvalho, O'Dwer & Rodrigues, 2018; INCA, 2016). A iniciativa de viabilizar a vacinação contra o HPV é também a prevenção de recorrências de verrugas genitais e outros tipos de câncer causados pelo mesmo vírus, como o câncer de ânus, pênis, vulva, vagina e oral (Santos, 2022).

Outra estratégia de rastreamento, também garantida no Sistema Único de Saúde (SUS), é o exame de rastreamento das alterações cito-histológicas induzidas pelo HPV, o exame citopatológico (também conhecido como Papanicolaou ou exame preventivo) (Carvalho, O'Dwer & Rodrigues, 2018; INCA, 2016). Essa técnica é bastante acessível e o rastreamento se baseia na história natural da doença, reconhecendo que o CCU é precedido por lesões precursoras e seu desenvolvimento pode ser lento. Essa janela entre a infecção e o desenvolvimento da lesão e do câncer é oportuna para detecção precoce com a técnica citológica, que identifica microscopicamente as alterações causadas pelo vírus e, secundariamente, outros achados diferentes da citopatia por HPV, como *Trichomonas vaginalis*, *Candida* e efeito citopático de infecção por Herpes vírus (Carvalho, O'Dwer & Rodrigues, 2018; INCA, 2016; INCA, 2021; Santos & Eleutério Júnior, 2020).

Nesta perspectiva, a Atenção Básica (AB), considerada umas das principais portas de entrada dos usuários ao sistema de saúde e organizadora do fluxo dos serviços nas redes (Cecilio & Reis, 2018), torna-se responsável por identificar e acompanhar a população adscrita de seu território, assumindo a coordenação do cuidado, mantendo a capacidade resolutiva, mas também a articulação com outros níveis de atenção caso seja necessário, buscando a ordenação do cuidado numa dimensão entre a vigilância em saúde e hospitalar (Brasil, 2013). Nesse sentido, a AB ao desenvolver seus atributos na perspectiva da organização e das necessidades do território, torna-se capaz de identificar as condições de vida cotidianas, de educação, de trabalho e de habitação que potencializam o risco de adoecimento das pessoas e grupos, revelando resultados de saúde menos favoráveis. Ao reconhecer esses aspectos e condições, caminha-se no sentido de superar as doenças e desigualdades e combater as diferenças injustas e que podem ser evitadas (Barata, 2009; Cecilio & Reis, 2018).

Com relação ao CCU, a AB é um componente-chave do sistema de saúde por reconhecer as condições que as pessoas vivem, identificar questões biológicas e sociais e a relação delas com o processo saúde-doença e por estabelecer o vínculo entre a família e os serviços de saúde. Essas questões devem ser consideradas para a formulação de políticas públicas mais abrangentes. No território amazônico, a AB encontra o desafio de acessar a população, visto que muitas pessoas residem distante de áreas onde estão instaladas as unidades de saúde, tendo que lidar com as alterações provocadas pela sazonalidade das águas, que produzem efeitos sobre a vida das pessoas e sobre o trabalho em saúde. O “*distante*” deve designar um lugar onde as políticas públicas não chegam, lugares que requerem políticas e iniciativas singulares para atendimento às pessoas (Schweickardt *et al.*, 2022; Souza, Schweickardt & Ferla, 2022).

O elevado número de casos de mortes por câncer de colo do útero no Brasil justifica a garantia da cobertura da população com relação ao exame citopatológico como ação contínua para rastreamento das alterações causadas pelo HPV (Santos & Eleutério Júnior, 2020), bem como o investimento no SUS para que programas e ações de cuidado sejam mantidos. Esse exame, por ser um dos primeiros contatos da população com o SUS, também gera condições de registros em saúde para melhor conhecer o perfil da doença, das pessoas e da comunidade, permitindo acompanhar a população assistida e a rotina do cuidado, bem como o intervalo de tempo entre consultas e exames e a periodicidade com que o fazem (Santos & Ferla, 2022).

O objetivo deste capítulo é descrever a estratégia adotada em Manicoré/AM para aprimorar o rastreamento de prováveis casos de câncer do colo do útero no município.



## ESTUDO DE CASO

Este capítulo foi construído com base na experiência vivida por profissionais de saúde vinculados aos serviços de saúde de Manicoré (AM), com atuação na assistência e na gestão em saúde do município. Além disso, contou com a colaboração de um debatedor externo, também profissional de saúde, com experiência prático-teórica em controle do câncer de colo do útero, vinculado ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). A interação entre os autores permitiu ampliar as discussões e experiências profissionais sobre o serviço de rastreamento das lesões precursoras induzidas por HPV.

A etapa inicial da pesquisa consistiu no levantamento de dados. Houve consulta aos prontuários de atendimentos às mulheres com exame citopatológicos alterados atendidas pela médica ginecologista na AB entre 2021 e 2022, em Manicoré/AM. Também foram obtidos dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/MS), referente ao exame citopatológico realizado em Manicoré (AM) no mesmo período (2021 e 2022). O período compreende a data de admissão da médica ginecologista e o ano mais recente com as informações completas. Os dados levantados foram organizados e codificados. Posteriormente, foram elaborados gráficos para tornar visíveis os conteúdos.

A realização do trabalho realizado no interior do serviço de saúde foi possível devido ao investimento na aquisição de recursos para a contratação da profissional médica ginecologista, aquisição de equipamentos necessários para a execução de procedimentos da atenção secundária no âmbito da atenção primária. Também foi possível devido a organização interna no

serviço com processo de trabalho estruturado, com equipe de saúde presente e disponibilização de exames citopatologia e de colposcopia seguida de coleta de biópsias na Atenção Básica, deslocando para este âmbito, atribuições da atenção secundária. Além disso, com a estrutura do serviço, encaminha-se ao centro especializado, em Manaus, apenas os casos de câncer ou outros que demandam atenção especializada.



## O PROCESSO DE TRABALHO NAS ATENÇÃO BÁSICA

O município dispõe de doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas na sede do município, área ribeirinha, distrito de Santo Antônio do Matupi e uma unidade de saúde fluvial. Almejando a eficácia no rastreamento, acompanhamento e encaminhamento dos prováveis casos de CCU, a gestão municipal, disponibilizou, a partir de junho de 2021, uma médica ginecologista para integrar a equipe da AB. Com a vinculação pretende-se, principalmente, otimizar os atendimentos especializados para pacientes com resultado de exame colpocitopatológico alterado, além de ampliar o rastreamento citopatológico. De acordo com a agenda atual, esses atendimentos são realizados uma semana por mês.

A partir dessa mudança, a dinâmica de trabalho precisou ser reestabelecida e, para que se tornasse mais compreensível, a equipe de profissionais da atenção primária passou por um processo de educação continuada, visando definir, apresentar e explicar o fluxo de trabalho, bem como abordar as questões relacionadas às estratégias de prevenção do câncer de colo do útero e os encaminhamentos dentro da unidade. Como mudança, os principais casos de encaminhamentos para consultas com a ginecologista são de mulheres que apresentam laudos de exames citopatológicos positivos para lesão intra-epitelial e malignidade ou outros casos que carecem de investigação e acompanhamento, mesmo que o diagnóstico não tenha sido emitido.

A partir disso, também com o apoio da equipe da saúde, foi intensificada a busca ativa na comunidade de mulheres para coleta do exame citopatológico, oportunizando a detecção precoce do câncer de colo do útero. Dessa forma, acredita-se que o espaço de trabalho, também um espaço potente de educação em saúde, ressignifica a própria aprendizagem, mas também as formas de estabelecer cuidado, que inclui conhecer o território e suas necessidades e realidades (Ferla, 2021).





## EXAME CITOPATOLÓGICO: AVANÇOS E DESAFIOS

A detecção precoce das lesões precursoras do câncer de colo do útero pelo exame citopatológico e o tratamento das alterações identificadas pode reduzir em, aproximadamente, 90% a incidência dessa neoplasia, contribuindo significativamente para a redução da morbimortalidade (Morais, Rêgo, Reis & Moura, 2021).

O exame citopatológico do colo do útero consiste em uma análise das células obtidas da ectocérvice, endocérvice e da junção escamo-colunar (área de encontro entre a ectocérvice e a endocérvice, propensa ao desenvolvimento de alterações induzidas por HPV), sendo recomendado para as mulheres com idade a partir dos 25 anos ou após a primeira relação sexual até os 64 anos.

A periodicidade de realização do teste varia conforme os resultados citopatológicos (Andrade, Paixão & Santiago, 2015; INCA, 2016; Santos & Eleutério Júnior, 2020; Teló & Yonegura, 2023). Trata-se de um método manual realizado por profissionais enfermeiros e médicos e permite a identificação de células sugestivas de lesão intraepitelial e malignidade, por meio da análise microscópica de lâminas contendo células cervicais esfoliadas. É um método de baixo custo, de fácil execução e possui alta eficácia para a detecção de alterações cervicais. Atualmente, o exame compõe uma das etapas do programa de controle do câncer do colo do útero, garantido a toda população brasileira pelo SUS nas UBS (Andrade, Paixão & Santiago, 2015; INCA, 2016; INCA, 2021; Santos & Eleutério Júnior, 2020).

Apesar da melhoria do exame citopatológico, no Brasil, desde a sua implantação, a cobertura ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no país, principalmente em regiões mais precárias do país. Garantir o exame no serviço público de saúde, que já é muito importante, não é suficiente para garantir acesso e adesão. É preciso analisar o território para que as políticas sejam mais inclusivas (Morais, Rêgo, Reis & Moura, 2021; Schäfer et al., 2021). Além da cobertura, outros fatores devem ser considerados, como a escassez de profissionais para realização da análise dos espécimes; baixo número de laboratórios públicos e/ou privados com prestação de serviço ao SUS; coleta inadequada de material celular para análise (sem a presença de células importantes para análise das alterações); ausência ou poucos treinamentos sistemáticos para profissionais de saúde responsáveis pela coleta do material e pela leitura e interpretação do material celular; e a procura tardia por atendimentos pelas usuárias nas unidades de saúde (Morais, Rêgo, Reis & Moura, 2021; Santos & Eleutério Júnior, 2020; Santos, 2022).

O diagnóstico tardio pode ocorrer devido a baixa formação dos profissionais que atuam na atenção oncológica; incapacidade das unidades de saúde

em responder à demanda de áreas adscritas; e dificuldades dos gestores das esferas municipal e estadual em articular, definir e estabelecer fluxos de atendimento nas redes de atenção (Morais, Rêgo, Reis & Moura, 2021). O diagnóstico tardio, além de revelar aspectos pessoais e culturais, pode demonstrar falha no planejamento das ações e serviços para atendimento à população.

Segundo Silva et al. (2021), embora esse método tenha sido introduzido no Brasil na década de 1950 e acumular bons resultados e benefícios à população e ao próprio serviço de saúde, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham realizado o exame e entre as mulheres de 25 e 64 anos estima-se que 12% a 20% nunca realizaram. Esse fato tem contribuído para que o CCU continue sendo um grave problema de saúde pública devido a elevadas taxas de morbimortalidade registradas.

Mesmo com a implantação de programas pelo Ministério da Saúde (MS), como o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, estudos revelam que ainda é muito considerável o número de mulheres que detêm baixo conhecimento acerca da própria doença e das formas de evitá-la, como o exame citopatológico. Em caso de a mulher possuir mais conhecimentos e informações adequadas sobre a doença e o exame, torna-se possível a realização do autocuidado e a procura mais constante aos serviços de saúde. Dessa forma, os serviços de saúde devem se ocupar também em promover estratégias de informação e comunicação em saúde, visto que a falta de conhecimento ou conhecimento insuficiente e/ou equivocado pode constituir barreiras de acesso aos serviços de saúde (Silva, Nunes, Oliveira & Leite, 2020).

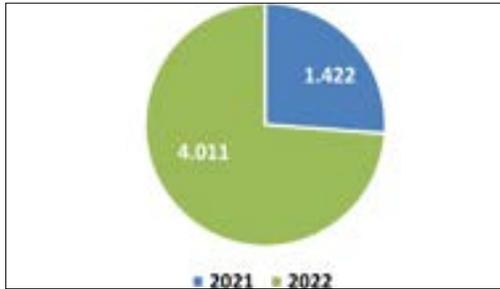


## RESULTADOS OBTIDOS

O câncer do colo do útero é precedido por uma fase precursora, que não é câncer e pode ser curável em até 100% dos casos, quando detectada precocemente. As lesões pré-cancerosas do CCU correspondem às lesões induzidas por HPV, que se desenvolvem no epitélio escamoso (ectocérvice) ou glandular (endocérvice) sem romper a membrana basal de ambos tecidos. No tecido epitelial, o grau da anormalidade é variável e pode comprometer parte ou integralmente a espessura do epitélio de revestimento, sendo denominado de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) - grau I, II ou III (o grau III também compreende o carcinoma *in situ*). O grau, nesse caso, é para referir à porção de comprometimento no epitélio. Essas lesões, normalmente, progridem lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível. No tecido glandular, o adenocarcinoma é precedido pelo adenocarcinoma *in situ* (INCA, 2016; Santos & Eleutério Júnior, 2020).



**Figura 01:** Exames registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/MS).



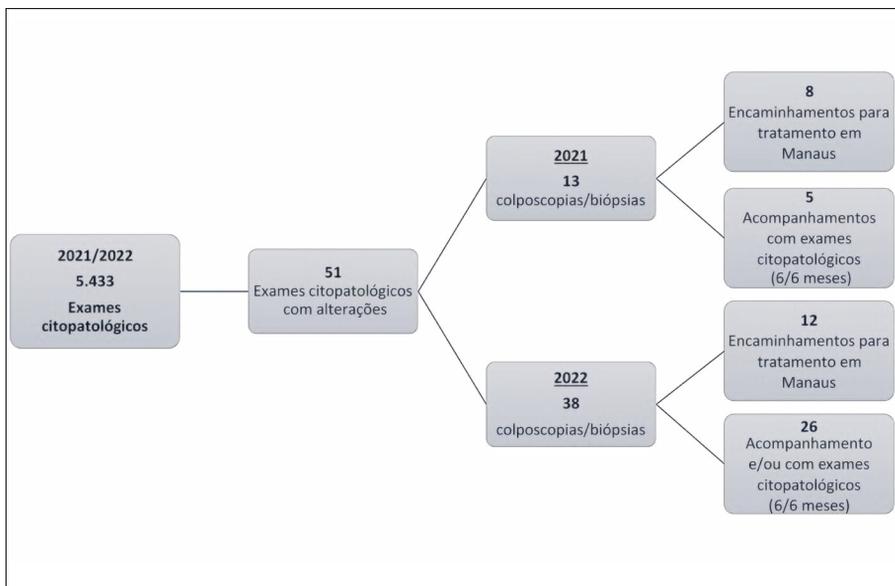
**Fonte:** Relatórios e frequências das ações de Telemedicina, 2023.

Com base nos exames registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/MS), dos 5.433 exames citopatológicos coletados nos anos 2021 e 2022 em Manicoré (AM), 1.422 foram realizados em 2021 e 4.011 em 2022 (Figura 1). Desse total, 51 resultados apresentaram alterações citopatológicas importantes (ASC-US, ASC-H<sup>B</sup> e Lesões da categoria baixo grau e alto grau - NIC I/II/III), sendo que, desse total, no primeiro ano (2021), 13 mulheres realizaram o exame de colposcopia com biópsia de colo uterino, após apresentar o resultado na consulta de retorno, 8 foram devidamente encaminhadas para o serviço especializado na capital do estado (Manaus) e 5 permanecem em acompanhamento semestral através dos exames preventivos.

A conduta adequada de encaminhamentos em caso de citologia com resultado positivo para lesão intraepitelial e malignidade é importante para evitar a evolução das alterações observadas. Na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de NIC I/HPV e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses. Esse tempo diminui para 38 meses em caso de NIC II e, para NIC III diminui para de 12 meses (Brasil, 2006). Em geral, estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regridem de forma espontânea num tempo aproximado de 24 meses, enquanto, aproximadamente, 40% das lesões de alto grau não tratadas podem evoluir para câncer em um período médio de 10 anos (Brasil, 2006; INCA, 2016). As diretrizes apresentam orientações para todos os diagnósticos do exame citopatológico e, dessa forma, os protocolos e seus respectivos encaminhamentos devem ser consultados para que os casos sejam tratados adequadamente conforme conduta estabelecida (INCA, 2016).

**B** - ASC-US e ASC-H são nomenclaturas utilizadas para alterações indeterminadas. ASC-US: Atypical squamous cells of undetermined significance ou células escamosas atípicas de significado indeterminado. ASC-H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (INCA, 2016; Santos & Eleutério Júnior, 2020).

**Figura 02:** Panorama e fluxo de encaminhamento das mulheres com resultados alterados dos exames citopatológicos, Manicoré, Amazonas (2021 e 2022).



**Fonte:** Os autores, 2024. Adaptado do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/MS).

A Figura 02 apresenta a faixa etária das mulheres que, entre 2021 e 2022, apresentaram diagnóstico citopatológico suspeito e positivo para lesão intraepitelial e malignidade (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL e carcinoma)<sup>9</sup>. A mulher mais jovem, à época, tinha 19 anos de idade e a mais idosa, 88 anos. A faixa etária para realização do exame citopatológico, preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), é de 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram e/ou mantêm relação sexual e seguir até os 64 anos (INCA, 2016; Mello, Santos & Oliveira, 2020). A proposta no serviço de saúde de Manicoré (AM) é ampliar o acesso e adesão às ações de controle do câncer de colo do útero com base na faixa etária estipulada, porém, sem deixar de considerar situações específicas, como foi demonstrado em nosso levantamento.

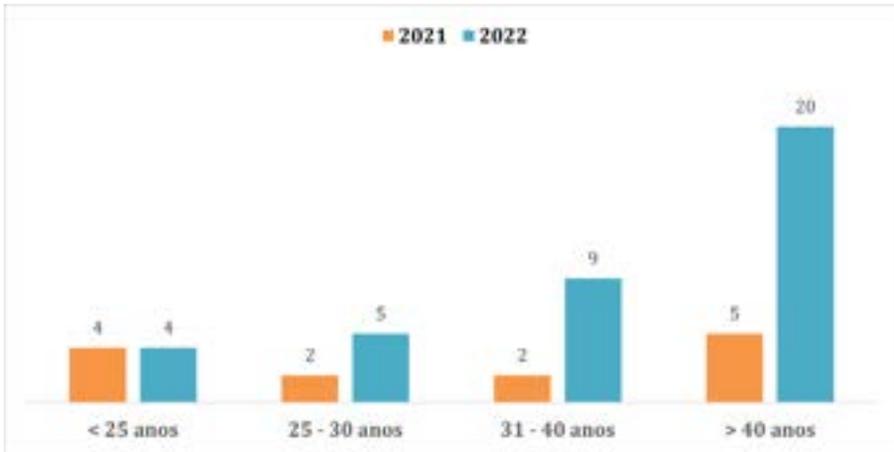
Em comparação, o ano de 2021 apresentou número menor de exames citopatológicos alterados, exceto para a faixa etária inferior a 25 anos de idade.

**9** - ASC-US: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US - possivelmente não neoplásicas). ASC-H: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, não é possível excluir lesão de alto grau; LSIL: Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (Low grade Squamous Intraepithelial Lesion). HSIL: Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (High-grade Squamous Intraepithelial Lesion) (INCA, 2016).

Esse cenário pode ser consequência da pandemia de COVID-19, que, por orientação de evitar aglomeração nas unidades de saúde, impactou a rotina de atendimento nos serviços. Dessa forma, houve um retardo no acompanhamento às mulheres que já estavam sendo assistidas no serviço de saúde ou que fariam o primeiro contato para iniciar a rotina de investigação citopatológica. Durante a pandemia, sobretudo antes da vacinação contra a COVID-19, qualquer espaço de aglomeração de pessoas tornava-se um espaço de transmissão do novo coronavírus. Nesse caso, a orientação era de evitar aglomeração para manter o funcionamento dos espaços com segurança (Dominguez, 2021; MS, 2021).

Já em 2022, exceto para a faixa etária inferior a 25 anos de idade, o número de exame citopatológico alterado foi superior ao ano de 2021. O maior índice de positividade pode ser pelo aumento da procura de mulheres pelo serviço em decorrência da baixa procura em 2021 devido a COVID-19. Além disso, em 2021 foi iniciada uma nova gestão de saúde, que priorizou a busca ativa das mulheres para rastreio do câncer de colo do útero após o planejamento interno das atividades e retorno à normalidade, considerando a crise respiratória.

**Figura 03:** Faixa etária das mulheres com exames citopatológicos alterados, Manicoré, Amazonas (2021 e 2022).



**Fonte:** Os autores, 2024.

A Figura 03 mostra o levantamento dos resultados citopatológicos alterados obtidos em 2021 e 2022. Nesse período, foi bastante expressivo o diagnóstico de lesão de alto grau (HSIL). O diagnóstico revela a necessidade de traçar uma estratégia para evitar o diagnóstico nesse estágio de lesão, devido a maior propensão de evolução ao câncer de colo do útero. O diagnóstico de

câncer, como foi observado, também fomenta a elaboração de estratégias de rastreamento e educação em saúde para aumentar o conhecimento da população sobre a prevenção da evolução das alterações induzidas pelo HPV. O câncer de colo do útero é uma doença evitável e com potencial de cura, assim, as estratégias de controle devem ser implantadas/implementadas com celeridade para evitar impactos na vida das pessoas e no próprio serviço de saúde.

**Figura 04:** Levantamento de diagnósticos suspeitos e positivos para lesão intraepitelial e malignidade, Amazonas (2021 e 2022).



**Fonte:** Os autores, 2024.

A Figura 4 mostra o levantamento dos resultados de biópsias realizadas para confirmação do diagnóstico citopatológico alterado em 2021 e 2022. A biópsia é considerada o “padrão-ouro” para diagnóstico das lesões intraepiteliais e malignidade, sendo capaz de determinar a extensão da lesão e avaliar se há margens comprometidas por microinvasão ou invasão (INCA, 2016; Santos, 2022). Foi realizada a coleta de biópsia de mulheres que apresentaram diagnóstico citopatológico positivo, principalmente HSIL. A coleta do material é realizada no próprio município, pois dispõe de recurso material e técnico para a sua realização. Essa estratégia diminui o tempo de espera entre os atendimentos. As mulheres são referenciadas para o serviço especializado, em Manaus, apenas quando apresentam diagnóstico de câncer ou outros casos que demandem assistência especializada indisponível em Manicoré.

**Figura 5.** Levantamento de diagnóstico de confirmação por biópsia, Manicoré, Amazonas (2021 e 2022).



Fonte: Os autores, 2024.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde publicou em 2011, e revisou em 2016, as Diretrizes de Rastreamento do Câncer de Colo do Útero, o que passou a permitir o rastreamento organizado pela Atenção Primária à Saúde com indicações do exame especializado de colposcopia para as lesões precursoras do câncer de colo do útero. Contudo, com base na realidade do município de Manicoré (AM), além do rastreamento citopatológico, incrementou-se a rotina com o procedimento de colposcopia e coleta de biópsia de colo uterino na Atenção Básica, otimizando tempo e gastos e reduzindo a possibilidade de impacto na vida dos usuários.

Em geral, no Brasil, mulheres enfrentam incertezas frente à linha de controle dos cânceres, problema que se agrava no cenário deste estudo. Estratégia como a que foi implantada nos serviços de saúde de Manicoré (AM) para redução do tempo de espera, podem contribuir na qualidade da atenção e melhor prognóstico. A estratégia também mostra que o município se articula em rede de saúde para qualificar o serviço. A proposta de mudança e a execução do trabalho no serviço de saúde fomentam implementar uma linha de cuidado que permita o atendimento com celeridade e qualidade assistencial à popula-

ção usuária no território, bem como em outros níveis de saúde, reconhecendo o câncer de colo do útero como um problema intersetorial.

Esta construção também nos permite pensar no trabalho e na educação em saúde, na medida em que se desenvolvem capacidades relevantes durante o compartilhamento da experiência e do conhecimento acumulado para reflexões, reconhecendo situações que, na prática, carecem de respostas e soluções.



## REFERÊNCIAS

- Andrade, M. S., do Nascimento Paixão, G. P., & Santiago, T. R. (2015). Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. **Revista Enfermagem UERJ**, 22(6), 822-829.
- Barata, R. B. (2009). **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Temas em Saúde collection. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Recuperado de <http://books.scielo.org>
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uter\\_2013.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_2013.pdf)
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas\\_2\\_1705.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf)
- Carvalho, P. G., O'Dwer, G. & Rodrigues, N. C. P. (2018). Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde Em Debate**, 42(118), 687-701.
- Cecilio, L. C. O., & Reis, A. A. C. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, 34(8):e00056917. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt>
- Dominguez, B. (2021). Meio milhão de vidas perdidas. **Radis**, n. 226, p. 10-15. Recuperado de <https://radis.ensp.fiocruz.br/todas-edicoes/radis-226/>
- Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes**

**Plurais: Educ. Saúde**, 5(2), 81-94. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022/65813>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. (2022). **Manicoré**. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/panorama>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2021). **Deteção precoce do câncer**. - Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. (2016). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. - 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf)

Instituto Nacional de Câncer. (2022). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>

Mello, A. S., Santos, W. P., & Oliveira, S. A. (2020). A Educação Popular em Saúde como mediação pedagógica da gestão e práticas colaborativas na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Redes**, 6(1), 219-233. Recuperado de <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n1p219-233>

Ministério Da Saúde (MS). Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (2021). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. - 4ª edição. Brasília. Recuperado de [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/COVID-19\\_guia\\_orientador\\_4ed.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/COVID-19_guia_orientador_4ed.pdf)

Morais I. S. M., Rêgo, J. S., Reis, L. A., & Moura, T. G. (2021). A importância do exame preventivo na detecção precoce do câncer de colo uterino: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 10, e6472.

Organização Mundial de Saúde (2020). **Estratégia global para acelerar a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública**. OMS: Genebra.

Santos, W. P. (2022). Métodos combinados para avaliação e diagnóstico do câncer anal induzido por Papilomavírus Humano (HPV): revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, 24(1): 127-145.

- Santos, W. P., & Eleutério Júnior, J. (2020). Nova nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos: o que muda na rotina do SUS? **Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior**, 4(3), 30-35.
- Santos, W. P., & Ferla, A. A. (2022). Câncer anal na região Norte: evidências da literatura e providências às políticas públicas de saúde. **Saúde em Redes**, 8(4), 103-105. Anais do Encontro Regional Norte 2022.
- Schäfer, A. A. *et al.* (2021). Desigualdades regionais e sociais na realização de mamografia e exame citopatológico nas capitais brasileiras em 2019: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saude**, 30(4):e2021172. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2021.v30n4/e2021172/pt>
- Schweickardt, J. C. *et al.* (2022). Esperançando novos mundos: práticas sociais e saberes híbridos em tempos da Covid-19 no território líquido. In: Schweickardt, J. C. *et al.* (orgs.). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperançando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Praticas-Sociais-de-enfrentamento-a-Covid-19-esperancando-novos-mundos.pdf>
- Silva, L. A. *et al.* (2021). **Conhecimento e prática de mulheres atendidas na atenção primária a saúde sobre o exame papanicolaou**, 13, 1013-1019. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9845>
- Silva, M. L., Nunes, J. S. S., Oliveira, K. S., & Leite, T. A. S. (2020). Conhecimento de mulheres sobre câncer de colo do útero: Uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, 3(4), 7263-7275.
- Souza, L. C., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2022). A gestão e o cuidado em saúde no período pandêmico: falas e narrativas de gestores e trabalhadores do Amazonas. In: Schweickardt, J. C. *et al.* (orgs.). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperançando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Praticas-Sociais-de-enfrentamento-a-Covid-19-esperancando-novos-mundos.pdf>
- Teló, A. F., & Yonegura, W. H. T. (2023). Avaliação da cobertura do exame citopatológico do colo do útero durante a assistência pré-natal. **e-Acadêmica**, 4(3), e0443507. Recuperado de <https://eacademica.org/eacademica/article/view/507/370>

# Busca ativa do câncer de colo de útero na Estratégia de Saúde da Família



**Sabrina Rodrigues Campos**  
**Francisco Augusto Nepomucena de Souza Junior**  
**Lara Taniza Gonçalves Ferreira**  
**landra Nascimento Paes**  
**Maria Edivane Mota dos Santos**  
**Kedison da Silva Monteiro**



## INTRODUÇÃO

O câncer cervical está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos de HPV (Papilomavírus Humano), particularmente o HPV-16 e o HPV-18, que causam aproximadamente de 70% dos cânceres cervicais (WHO, 2010). O HPV é uma infecção comum e estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas apresentam essa doença ao longo da vida, além disso, cerca de 290 milhões de mulheres são portadoras de HPV e estão infectadas pelos subtipos 16 ou 18 (SanJosé *et al.*, 2011).

O rastreamento do câncer é uma prática de saúde com impacto na redução da mortalidade com ações voltadas para o melhor prognóstico da doença e tratamento mais efetivo (INCA, 2019).

O método mais utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o exame de Papanicolau que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), garante o diagnóstico da doença. O exame é oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual e devem ser encaminhadas para a confirmação diagnóstica conforme as diretrizes clínicas pré-estabelecidas.

No diagnóstico podem ser utilizados os seguintes testes: exame pélvico e história clínica, exame da vagina, colo do útero, útero, ovário e reto através de avaliação com espéculo, toque vaginal e toque retal; exame Preventivo (Papanicolau); colposcopia (exame que permite visualizar a vagina e o colo de útero com um aparelho chamado colposcópio, capaz de detectar lesões anormais nessas regiões); biópsia (se células anormais são detectadas no exame preventivo) é necessário realizar uma biópsia com a retirada de pequena amostra de tecido para análise ao microscópio (INCA, 2016).

A Atenção Básica (AB) é considerada porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde e organizadora do fluxo dos serviços nas redes, portanto torna-se responsável por identificar e acompanhar a população adstrita de seu território, assumindo a coordenação do cuidado (Brasil, 2010).

Nesta perspectiva, contamos com o apoio da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), composta por 13 trabalhadoras e trabalhadores da saúde: um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma técnica de saúde bucal; dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde para a concretização desta ação.



## BUSCA ATIVA NO MUNICÍPIO DE MANICORÉ

O município de Manicoré está localizado no Amazonas, à margem direita do Rio Madeira cerca de 390 km da capital, possuindo uma população estimada em 54.405 mil habitantes. Substituir esse texto por: O município dispõe de 12 equipes de Saúde da Família, distribuídas na sede do município e distrito de Santo Antônio do Matupi. Além disso, temos 6 estratégias de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e uma estratégia da Saúde da Família Fluvial (eSFF). Almejando eficácia no rastreamento, acompanhamento e encaminhamento dos prováveis casos de Câncer do Colo do Útero (CCU), a gestão municipal, disponibilizou, a partir de junho de 2021, uma médica ginecologista para mensalmente, integrar a equipe da AB. A inclusão da médica, otimizou os atendimentos especializados realizados no município aos pacientes com resultado de exame colpocitopatológicos alterados.

A revisão dos prontuários de atendimentos das mulheres da equipe 030 com exames citopatológicos alterados, atendidas pela ginecologista no período de 2021 a 2022, teve os seguintes resultados: dos 5.430 exames citopatológicos coletados neste biênio, 1.422 foram realizados em 2021 e 4.008 em 2022. Deste montante, 56 resultados apresentaram alterações citopatológicas importantes, sendo que deste total, no primeiro ano, 8 pacientes realizaram o exame de colposcopia com biópsia de colo uterino, após apresentar o resultado na consulta de retorno; 7 foram devidamente encaminhadas para o serviço espe-



cializado na capital do estado (Manaus); e 5 permanecem em acompanhamento semestral através dos exames preventivos. Partindo deste mesmo panorama, no segundo ano (2022), totalizou-se 48 pacientes que realizaram colposcopias com biópsia, sendo que 11 foram devidamente encaminhadas para o serviço de referência estadual e 11 permanecem em acompanhamento no município. Importante evidenciar que destas pacientes encaminhadas para Manaus nestes dois anos, duas foram agendadas diretamente para o início de tratamento devido apresentarem exames indicando carcinoma instalado.



## BUSCA ATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

Foi utilizado dados das mulheres da área de abrangência de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) na faixa etária entre 25 e 64 anos, com nomes de suas respectivas áreas. Posteriormente, foram realizadas reuniões de equipe e rodas de conversas com médico, enfermeira e todos os ACS com as seguintes ações: orientação sobre a realização da busca ativa de mulheres faltosas aos exames; visita do médico, enfermeira e ACS de área correspondente ao domicílio para a busca; orientação sobre a realização do exame de Papanicolaou. As reuniões e orientações são realizadas de forma periódica, assim como a busca de pacientes para realização de exames.

Durante a busca ativa e rastreamento de pacientes, até a sua realização, foram encontradas algumas dificuldades: receio das mulheres por desconhecer o exame, medo de sentir dor ou qualquer desconforto, falta de conhecimento a respeito da importância da realização e complicações de doença, falta de tempo ou disponibilidade para realizar mesmo com equipe indo até seu domicílio. Outra barreira foram os 'achismos' das mulheres e de seus parceiros, alegando que não autorizam ou não permitem profissionais a realização do exame, pois estão ancorados em preconceitos ou no machismo que está impregnado na estrutura social. Cabe ressaltar, que em algumas famílias, nenhuma mulher jamais ouviu falar ou nunca quis realizar o exame preventivo.



## ENCAMINHAMENTOS AO OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE DO CUIDADO

Quando o resultado foi suspeito ou confirmado através do exame preventivo (Papanicolaou) ou Colposcopia, a usuária é previamente consultada pelo médico ou médica da área, sendo o resultado do exame realizado avaliado e iniciado o encaminhamento. Em Manicoré, o encaminhamento é realizado das seguintes formas:

- a. Encaminhamento da usuária para a ginecologia local para confirmação e avaliação pela especialidade e para segunda opinião ou diagnóstico;
- b. Em caso de confirmação de carcinoma, seja NIC II (Neoplasia Intraepitelial Cervical) ou NIC III, a usuária é encaminhada diretamente para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), por meio de documento escrito digitalmente com dados pessoais completos, endereço, e especialidade a ser encaminhada, com descrição do quadro completo e seu respectivo CID (Código Internacional de Doenças);
- c. A partir daí, os encaminhamentos realizados são levados para Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que registra no Sistema de Regulação (SISREG), ou quando casos são imediatos, são levados diretamente para cidade de Manaus, onde ocorrem os tratamentos de alto complexidade. Após sua resolução por parte de especialidade, a usuária retorna para cidade de origem para acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área;
- d. Caso a usuária necessite retornar para novos exames fora do domicílio, de acordo com a conduta previamente descrita por especialidade, é realizado o documento TFD feito por médico no município. Este documento tende a ser aprovado pela SEMSA por meio do setor de Assistência Social para liberação de recursos de passagens e estadia à usuária e acompanhante para viagem.



## CASOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS LOURIVAL DIAS

**GDSB:** Usuária de 62 anos foi descoberta em área pela busca ativa, quando não realizava exame preventivo há pelo menos 10 anos. Foram iniciados o atendimento domiciliar e a orientação junto à usuária sobre a importância do exame. A pessoa concordou e foi submetida à realização do exame em sua residência pela enfermeira de área, realizando coleta de forma segura e cuidadosa para melhor conforto da usuária.

A amostra foi catalogada e, posteriormente, registrada, sendo logo enviada para análise. Após algumas semanas, o resultado de preventivo chega, com o seguinte resultado: *“Alterado com carcinoma”*. A partir desse resultado, a enfermeira encaminha a usuária diretamente para ginecologista local, a especialista realiza o exame de Colposcopia, que é enviado para análise e com o resultado. Finalmente, a ginecologista realiza o encaminhamento de próprio punho para realização de acompanhamento fora de domicílio para posterior resolução cirúrgica de acordo com a conduta e normativa. É dado



entrada no SISREG e posteriormente a pessoa é levada para Manaus. O TFD foi realizado com a indicação de histerectomia total e outros procedimentos. Com retornos periódicos para novos exames e avaliações, sendo neste caso sempre realizado o documento TFD.

**MODR:** No início de janeiro de 2020, foi realizado na UBS Lourival Dias pela enfermeira o exame preventivo de uma usuária, que logo realizou uma viagem para Manaus e Porto Velho. Em julho do mesmo ano, a usuária retornou à cidade de Manicoré e, após meses, o resultado chegou e foi entregue. O resultado foi o seguinte: *“lesão intraepitelial de alto grau, neoplasias intraepiteliais cervicais graus 2/3”* (09/01/2020). Por conta própria, a usuária realizou novo exame preventivo no serviço particular, tendo o mesmo resultado: *“lesão intraepitelial escamosa de alto grau (displasia moderada-acentuada grau 2/3”* (22/10/2020). Devido à burocracia e dificuldades encontradas pela usuária na SEMSA, a mesma viajou por conta própria para Manaus. Na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) foi realizado colposcopia no dia 18/11/2020 com o mesmo resultado. Realizaram também o cito patológico oncótico em meio líquido, iniciando o tratamento com conização. Até o momento da escrita desse texto, a paciente está em acompanhamento e realiza avaliações periódicos por um período de até 5 anos. Em 15 de março de 2023 realizou nova citologia oncótica tendo como resultado: *“negativo para lesão intraepitelial ou malignidade”*.

**GDCG:** Caso novo e em estudo. Histórico de líquido vaginal de cor amarelada/esverdeada de caráter crônico após parto cesárea. A usuária foi medicada previamente com capsulas vaginais, com pouca melhora do quadro, seguido de dor pélvica intermitente. Assim, a usuária decidiu realizar exame preventivo no sistema privado, trazendo o exame para a UBS com o seguinte resultado: *“anormalidade em células epiteliais, com células endocervicais atípicas, sem outras especificações, metaplasia escamosa”*. A usuária foi orientada no consultório médico sobre tais termos e condições do exame. Assim, foi agendada a consulta com a especialidade de ginecologia local. A entrega do exame foi realizada com o encaminhamento digitado com descrição completa do quadro e CID-10 correspondente.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca ativa é uma estratégia que trouxe impactos importantes para os cuidados de saúde da população, trazendo satisfação para a equipe de saúde e para a gestão municipal. Esta ação evidenciou a importância da estratégia de busca ativa, pois houve um aumento de 20% no número de coletas do exame Papanicolau, entre os anos de 2021 e 2022, com as usuárias da área

de cobertura da UBS Lourival Dias. Outro aspecto a destacar é que os profissionais da equipe 030 participaram ativamente desta ação, evidenciando os desafios da realização da busca ativa: as condições climáticas amazônicas, acesso às residências, logística para o deslocamento. Além disso, percebemos que ainda é muito presente o receio e a falta de conhecimento das usuárias e de seus parceiros sobre o exame Papanicolau, o que requer ações de educação em saúde alinhadas ao território.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. **Cadernos de Atenção Primária**, n. 29. Brasília: Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf).
- INCA. (2019). **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero/versao-para-profissionais-de-saude>.
- INCA. (2016). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. **rev. atual.** – Rio de Janeiro.
- OMS. (2022). Organização Mundial de Saúde. Detecção precoce. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/deteccao-precoce>.
- Sanjosé S. et al. (2007). Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**, New York, v.7 n.7, p.453-459.
- WHO. (2010). World Health Organization. **International Agency for Research on Cancer**.



# A educação em saúde para o desenvolvimento do trabalho de controle da malária dos agentes comunitários e agentes de combate às endemias



**Alexsandro Felix de Oliveira**  
**Cristiano Fernandes da Costa**  
**Maria Adriana Moreira**  
**Vanessa Colares Magalhães Alves**  
**Mariles da Silva Bentes**  
**Liliane da Silva Soares**  
**Maria da Glória Viana dos Santos**  
**Erivan Souza da Costa**  
**William Pereira Santos**



## INTRODUÇÃO

**A** malária é uma doença infecciosa febril aguda causada por protozoários do gênero *Plasmodium sp*, sendo que aproximadamente 92% dos casos são provocados pelo *Plasmodium vivax*, e cerca de 8% do restante dos casos pelo *Plasmodium falciparum*. Ambas as espécies de *Plasmodium sp* podem gerar casos graves da doença e óbito, no entanto o *Plasmodium falciparum* é o parasito que está associado a maioria dos



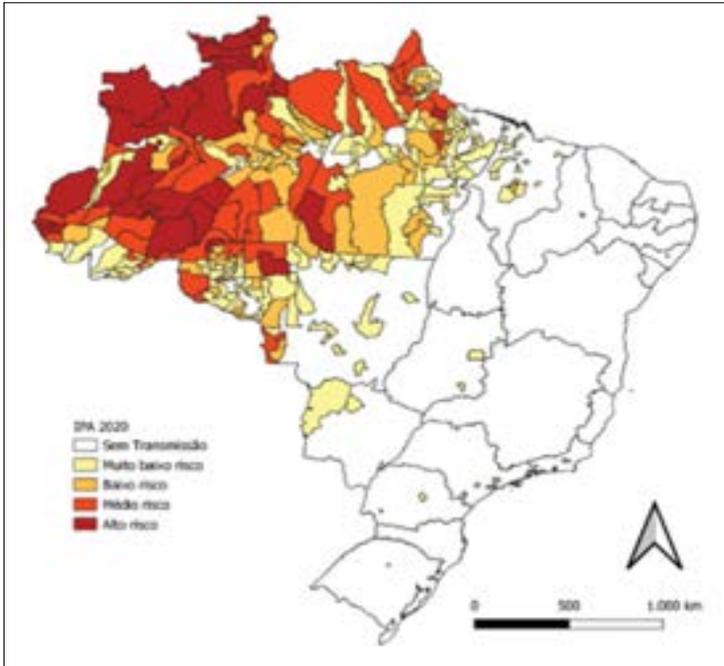
casos com gravidade e óbitos na região amazônica.

Estes parasitos são transmitidos aos seres humanos pela picada de fêmeas infectadas dos mosquitos *Anopheles sp*, popularmente conhecidos como “*mosquito-prego*” e carapanã (Correio, 2021; Moraes, 2023; Senigalia, 2013; Souza, 2021). As fêmeas são hematófagas e necessitam, de sangue para que ocorra o amadurecimento dos ovos. Esses mosquitos são comuns em áreas tropicais e têm hábitos crepusculares, sendo mais abundantes ao entardecer e ao amanhecer. Porém, podem picar o homem durante todo o período da noite, tanto no interior das casas como fora delas (Brasil, 2020; Brasil, 2022; Senigalia, 2013; Souza, 2021). Os sinais e sintomas mais comuns da malária são calafrios, dor de cabeça, febre alta, sudorese e tremores. E em casos mais graves podem ocorrer alteração da consciência, convulsões, dispneia ou hiperventilação, hemorragias, hipotensão arterial ou choque, prostração e outros. O tratamento é com antimalárico e deve ocorrer em até 24 horas após o início da febre, com acompanhamento do serviço de saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2022; Senigalia, 2013).

As manifestações clínicas da Malária podem se apresentar de forma inaparente ou assintomática, ou de forma sintomática com os sintomas clássicos. Uma vez infectada pelo parasito da malária, a pessoa pode se tornar fonte de infecção para o vetor, visto que as formas sexuadas do parasita se alojam no organismo e geram as formas infectantes para os mosquitos. A malária é uma doença infecto-parasitária considerada um problema de saúde pública no Brasil pela magnitude dos casos e o risco de formas graves e óbitos pela doença (Brasil, 2020; Brasil, 2022; Senigalia, 2013; Souza, 2021).

No Brasil, mais de 95% dos casos são registrados na região amazônica sendo mais recorrente em áreas rurais destes Estados, no entanto em razão das condições ambientais a doença também é registrada em áreas urbanas, dessa região, sobretudo em periferias e em áreas onde se registra ocupações irregulares, sem infraestrutura e saneamento básico, condições que favorecem a proliferação do vetor. A distribuição geográfica da doença no Brasil tem sido considerada heterogênea, no entanto, doença se concentra na região da Amazônia Legal, que é composta por 9 estados (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins). A região extra-amazônica, composta pelos outros 17 estados e o Distrito Federal, é responsável por apenas 1% do total dos casos registrados no país. Porém, mesmo quando é baixa a ocorrência de casos da malária, como ocorre na região extra-amazônica. No entanto quando se avalia os casos graves e óbitos pela doença na região extra amazônica observa-se o maior risco em razão da dificuldade no diagnóstico precoce e tratamento adequado aumentando ainda mais a complexidade no controle da doença, deve ser tratada como um problema de saúde pública, a ser enfrentado no país (Figura 1) (Brasil, 2020; Brasil, 2022).

**Figura 01:** Mapa de risco por transmissão em relação à incidência parasitária anual (IPA)



**Fonte:** Brasil, 2022 (SIVEP- Malária/SVS/MS e Sinan. Dados atualizados em 3/08/2021).

**Muito baixo risco: menos de 1 caso por 1.000 hab.; baixo risco: de 1 a 10 casos/1.000 hab.; Médio risco: de 10 a 50 casos/1.000 hab.; Alto risco: 50 ou mais casos/1.000 hab.**

Na Amazônia, a distribuição da malária também não é homogênea, ocorrendo em diferentes regiões devido às várias formas de ocupação humana nos territórios. Na região Norte, nos últimos anos observa-se os impactos gerado pela intensificação de atividades ilegais, como o desmatamento, garimpos ilegais, aliada ao enfraquecimento das políticas voltadas a proteção do meio ambiente e dos povos da floresta, soma-se a estas questões as graves crises climáticas contribuindo para o desequilíbrio ambiental e a relação entre o homem e o meio ambiente gerando aumento de doenças e impactando diretamente nos serviços de saúde (Santos & Ferla, 2022).

O controle e eliminação da Malária compõe um dos desafios globais definidos pela Organização Mundial de Saúde, e está inserida nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual estabelece a meta de eliminação no território nacional até 2030. Além disso, a doença também compõe o escopo dos obje-

tivos no sentido do fortalecimento da gestão e das vigilâncias para controlar a doença (Nascimento et al., 2020). As medidas de vigilância, prevenção e controle da malária com vistas a eliminação, requer ações intersectorial e integradas, visto que a doença exige discussões sobre os aspectos biológicos, sociais e ambientais. Nessa perspectiva, o enfrentamento da malária deve ser avaliada em uma perspectiva mais ampla considerando os desafios territoriais da Amazonia legal e o mosaico de realidades vivenciadas pelos povos da floresta e dos que vivem no território “líquido” formados pelos vastos rios da região. Soma-se a estes desafios a escassez de ou a insuficiência de políticas públicas e recursos que consigam dialogar com os territórios e garantir o acesso oportuno das populações ao diagnóstico e tratamento da Malária e outros serviços de saúde na região.

Em 2003 frente ao aumento expressivo da Malária no Brasil, e seus impactos, o Governo Federal por meio do Ministério da Saúde do governo criou o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM). O PNCM teve como uma das principais estratégias a descentralização das ações de vigilância e controle da doença, para os Estados e municípios visando fortalecer as vigilâncias no nível local tanto na região endêmica quanto nas regiões extra-amazônica (Brasil, 2003; Brasil, 2022; Senigalia, 2013) melhorar essa referência, existem trabalhos mais recentes.

A malária é uma doença que tem cura e o tratamento é eficaz, e é ofertado de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2020). No entanto, a doença quando não tratada de forma oportuna os casos podem evoluir para formas mais graves e óbitos podem ocorrer. No Brasil, o tratamento é precedido pelo diagnóstico que é confirmado a partir da identificação microscópica dos Plasmodium sp. O padrão ouro para o diagnóstico é feito por meio de microscopia e a técnica de gota espessa é a mais empregada, trata-se de coleta de gota de sangue de paciente suspeito de malária. Essa técnica é uma das mais utilizadas e acessíveis, com baixo custo e alta sensibilidade, no entanto exige capacitação profissional para a coleta do material biológico e identificação do parasita causador da doença (Senigalia, 2013).

A acurácia do diagnóstico depende da sensibilidade do método e a capacidade dos profissionais em reconhecer as formas dos parasitos. Para garantir a melhor acurácia do diagnóstico, há a necessidade de atualização e capacitações voltadas aos profissionais microscopistas que atuam na vigilância da doença. Neste sentido as atividades de educação continuada devem garantir a participação destes profissionais e os módulos voltadas ao diagnóstico devem ser incluídos na programação de saúde dos municípios como prioridade da gestão. Além destes é importante que todos os profissionais de saúde sejam capacitados para reconhecer os sinais e sintomas da malária, visto que se trata de uma doença endêmica na região e o diagnóstico tardio é uma das principais causas de morte.

Dessa forma, foi elaborada uma atividade na perspectiva da educação em saúde com o objetivo de melhoria dos processos de trabalho a partir da capacitação dos profissionais de saúde para intensificar o enfrentamento da malária no Distrito de Santo Antônio do Matupi, localizado no município de Manicoré (Amazonas). As atividades foram realizadas por meio de oficinas de formação e a proposta incluiu a metodologia ativa no intuito de estimular a participação coletiva, e a contribuição dos profissionais de saúde em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate as Endemias (ACE) quanto aos principais desafios do território e as diferentes percepções sobre a população e as oportunidades no controle da Malária além das trocas de experiências quanto as condições de vida da população e os diferentes recortes dos territórios de atuação.

Neste capítulo serão apresentadas a estratégia de educação em saúde para apoiar a capacitação dos ACS e ACE nas ações de controle da malária no distrito de Santo Antônio do Matupi; o cenário de malária na região; a integração entre os ACS e os ACE para fortalecer a qualidade do diagnóstico da malária no território; e os desafios da Gerência de Endemias na proposta de realização dessas atividades.



## PERCURSO METODOLÓGICO

A etapa inicial para construção deste capítulo consistiu no levantamento de dados epidemiológicos que foram extraídos do Sistema de Informação Epidemiológica da Malária (SIVEP-Malária) referente aos anos de 2021 e 2022, além dos dados demográficos óbitos a partir do IBGE e dos registros das equipes das unidades de saúde. E, na etapa seguinte, para ampliar os debates, foi realizada uma revisão bibliográfica em periódicos e publicações científicas disponíveis de domínio público, como a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde, para levantamento de informações que pudessem ser utilizadas na análise dos resultados e da associação entre a ocorrência da malária e o território estudado.



## TEMAS ABORDADOS PARA O ESTUDO

Este capítulo foi estruturado com ênfase na experiência dos profissionais de saúde sobre o território, o processo saúde-doença e sobre a organização dos serviços de saúde para enfrentamento à malária no Distrito de Santo Antônio do Matupi (Manicoré, AM). Para apoio nas discussões, contou com a colaboração de um debatedor externo, biólogo, com experiência em microscopia, vinculado ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia

(LAHPSA/Fiocruz Amazônia). A partir da interação entre os profissionais foi possível ampliar as discussões acerca do território e refletir sobre a dinâmica de transmissão da doença com abordagens relacionadas as questões ambientais consequências sociais geradas pela Malária nas comunidades.

No Distrito de Santo Antônio do Matupi, o serviço de diagnóstico tem se organizado para a produção de cuidado da população no território, a partir do acesso aos serviços de saúde garantindo o diagnóstico oportuno (até 48 horas após início de sintomas) e o tratamento adequado a pacientes com malária. Para capacitar os profissionais envolvidos na coleta de material biológico e microscopia para o diagnóstico de malária, foram realizadas oficinas com o apoio da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré (SEMSA) nos meses de março e agosto de 2022, no Distrito de Santo Antonio de Matupi. As oficinas contaram com a participação dos profissionais da rede de atenção básica e vigilância em saúde incluindo os Agente de Combate a Endemias, Agente Comunitário de Saúde e microscopistas.

A atividade foi realizada com o intuito de fortalecer as ações de vigilância da doença no distrito supracitado, pois desde 2013 o município não atingia 70% da meta estabelecida para diagnóstico precoce e, por conseguinte, favorecia a propagação da doença no território. Em relação a distribuição da malária no município de Manicoré, o Distrito de Santo Antônio do Matupi representa 80% dos casos de malária, sendo registrado nos anos de 2021 e 2022 694 casos.

A rede de vigilância da malária no distrito de Matupi conta com 03 (três) laboratórios de diagnóstico que é feito por meio de microscopia, além de 07 (sete) ACE e 07 (sete) ACS, 05 (cinco) microscopistas que são responsáveis pelas medidas de controle de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Inicialmente, realiza-se a coleta do material (gota de sangue) do paciente suspeito de malária por demanda espontânea ou durante as visitas domiciliares ou nas UBS. Em seguida, o microscopista efetua a primeira análise do sangue, que ocorre no laboratório de base na UBS do próprio distrito. Posteriormente, o laboratório encaminha todas as lâminas positivas e negativas ao laboratório responsável pela revisão do diagnóstico.

Dessa forma, 100% dos casos passam são validadas por dupla conferência. Na etapa seguinte, o laboratório que realiza a revisão encaminha 30% de lâminas positivas e 5% de lâminas negativas para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), nos quais é realizado o controle de qualidade e de onde são expedidos os laudos para os laboratórios de revisão e de base. No entanto, o paciente recebe o diagnóstico após 30 minutos da coleta e aquele com diagnóstico da doença de malária, recebem as medicações e orientação

quanto ao uso correto de acordo com as Diretrizes Nacionais de Controle da Malária e o Guia de tratamento da Malária na grave. Os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil, orientam que o diagnóstico e o início do tratamento ocorram nas primeiras 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones (oriundos do mesmo local onde ocorreram) e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados (MS, 2023).

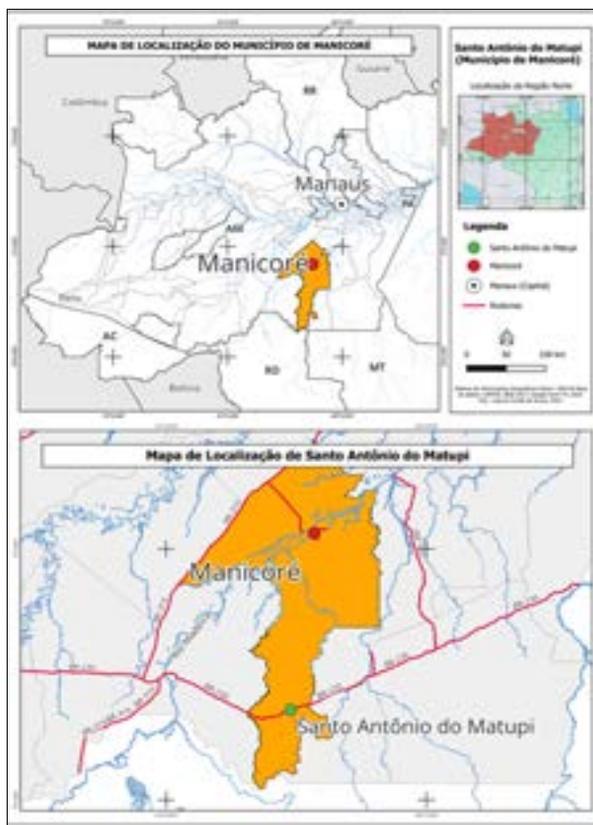
Importante ressaltar que para todas as coletas, os profissionais de saúde, seguem os protocolos, e o preenchimento das fichas de notificações específicas e, posteriormente, as informações registradas são inseridas no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-Malária). O registro é importante para nortear as medidas de controle e as análises estatísticas para a classificação de localidades com baixa média e alta transmissão, além de ser uma doença de notificação compulsória (Brasil, 2020; Senigalia, 2013).



## **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO DISTRITO DE SANTO ANTÔNIO DO MATUPI**

O Distrito de Santo Antônio do Matupi pertence ao município de Manicoré, Amazonas, localiza-se na Transamazônica (BR 230), estendendo-se por ambas as margens da rodovia, sendo conhecido, na região, como 180, pois está a 180 km do município de Humaitá incluir as coordenadas geográficas (Amazonas) (Honorato & Wiggers, 2013). População do distrito é 8.596 pessoas, de acordo com o SIVEP-Malária (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Notificação de Casos).

A distância entre Manicoré e o distrito é de 268,56 km (em linha reta). No espaço entre ambos os lugares há terras indígenas cobertas por floresta, o que impossibilita a abertura de estradas entre o município e o distrito. O acesso com partida do município e destino ao distrito é feito utilizando-se barco ou lancha pelo rio Madeira até o município de Humaitá e, posteriormente, o trecho deve ser completado em via terrestre (carro ou ônibus) pela Transamazônica (Figura 1). O acesso terrestre pode ser dificultado pelas condições climáticas. Em tempos de chuva, a estrada fica com muitos pontos de atoleiro por não ser asfaltada. Já no período da seca, a poeira cobre a rodovia e compromete a visibilidade do motorista (Honorato & Wiggers, 2013). Com base na experiência de vida dos autores deste capítulo, o percurso de barco totaliza, aproximadamente, 2 dias; de lancha, 1 dia; e de carro e ônibus cerca de 6 a 8 horas.

**Figura 02:** Localização geográfica do Distrito de Matupi.

Fonte: Autores, 2024. Elaboração de Lupuna Corrêa de Souza.

## A MALÁRIA NA REGIÃO DE MANICORÉ

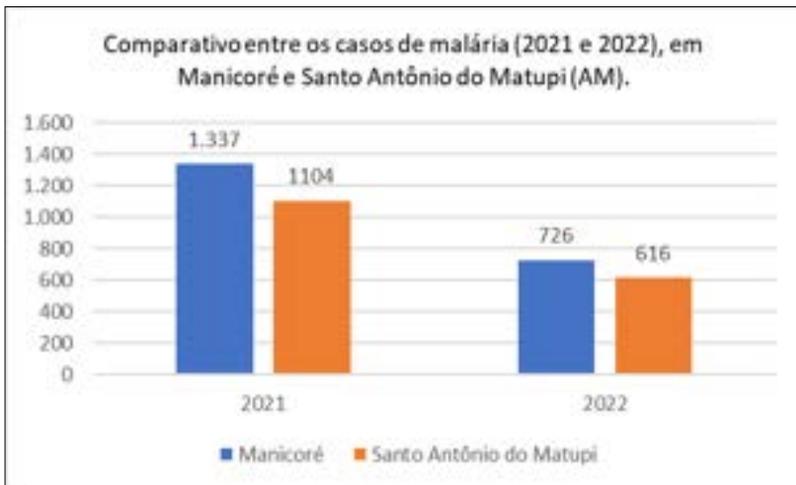
No Brasil, a malária é endêmica no Amazonas e a sua história se relaciona ao processo de desenvolvimento econômico e migratório. Com as atividades de exploração de áreas naturais, abre-se espaço para a ocupação de comunidades urbanas próximo de áreas florestais. Essa mudança coloca a população humana em contato direto com a vida selvagem e seus patógenos, favorecendo a dinâmica vetorial e fazendo surgir doenças como a malária e outras, como Chikungunya, dengue, febre amarela e Zika vírus. Essas áreas não possuem condições sanitárias adequadas e, ao mesmo tempo, estão distantes das instalações dos serviços de saúde (Brasil, 2022; Nascimento *et al.*, 2020; Santos & Ferla, 2022).

Conforme publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2022),

do total de 808 municípios da região amazônica, considerando o ano de 2020, 37 concentraram 80,0% do total de casos autóctones de malária. Em relação à totalidade dos municípios do País, apenas 5,0% (280) tiveram relato de transmissão de malária no ano de 2020.

Conforme dados extraídos do sistema SIVEP-Malária no ano de 2021, em Manicoré, foram notificados 1.337 casos da doença, dos quais 1.104 casos foram registrados no Distrito de Santo Antônio do Matupi o que representa cerca de 82,5% da carga da doença no município de Manicoré/AM. No ano de 2022 foram notificados 726 casos, sendo 616 oriundos do Distrito de Santo Antônio do Matupi o que corresponde a 84,4% dos casos registrados da doença. Neste contexto o distrito de Santo Antonio do Matupi pode é considerado prioritário para as medidas de prevenção e controle da Malária. (Figura 2).

**Figura 03:** Número de casos positivos para malária em Manicoré, 2021-2022.



Fonte: SIVEP-Malária, 2023.

O alto número de casos de malária nessa região pode estar associado com a relação vetor/homem/ambiente, uma vez que a maioria da população afetada reside em área rural e a transmissão ocorre, na maioria das vezes, nas proximidades de campos fechados (Brasil, 2006).

Além dessas questões, os fatores socioeconômicos e ambientais são relevantes para a o surgimento e manutenção da endemia, como já exposto antecipada-

mente e, no caso do distrito analisado neste capítulo, potencializa o risco de adoecimento da população residente e transitória (Santos & Ferla, 2022; Santos, 2019).

A vigilância em saúde tem atuação importante para diminuir a exposição da população aos riscos de adoecimento (Santos, 2019). Essas ações, porém, devem ser intersetoriais, pois a malária abre espaço para múltiplas análises e discussões. Assim, devem ser observados outros fatores, como os aspectos associados as atividades econômicas exercidas pelas populações da localidades como o extrativismo vegetal, pesca e indústria madeireira, características dos imóveis, hábitos da população associados as questões ambientais, se há aproximação de áreas com matas e ambiente aquático; expansão dos projetos agropecuários, construção de rodovias e hidrelétricas na região; além disso deve se observar as atividades como garimpo e mineração; migração interna; e a pobreza proximidades. Soma -se a estas questões a organização do sistema de saúde, o acesso da população aos serviços, recursos humanos e técnicos compatíveis às necessidades territoriais e das pessoas; se os serviços de saúde se articulam em redes; a organização da vida das pessoas no território (Brasil, 2020; Santos & Ferla, 2022; Santos, 2019; Senigalia, 2013).

Territórios com essas características normalmente têm maiores taxas de ocorrência da malária, pois, esses fatores favorecem a proliferação do vetor e, por sua vez, a exposição das pessoas às áreas com registro do mosquito *Anopheles* (Santos, 2019). Dessa forma, as condições de vida, trabalho, transporte, educação, e organização dos serviços de saúde devem fazer parte do contexto do cuidado.

### **A integração entre ACS e ACE:** uma aposta na educação em saúde

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica (AB) é condição essencial para o alcance de resultados favoráveis em saúde e para estabelecer processos de trabalho mais qualificados. A AB trabalha com a noção de território, sendo oportuno, portanto, para identificar as vulnerabilidades que proporcionam o adoecimento da população. Em face disso, as UBS, que atuam na lógica da AB, podem antever o adoecimento das pessoas (Brasil, 2012). Citar a PNAB e a PNVS.

Desse modo, para promover e fortalecer a integração entre ACS e ACE e demais profissionais da saúde envolvidos nas ações de controle da malária, as oficinas de formação apresentaram uma matriz de conteúdos teóricos e atividades práticas que permitiram ampliar e qualificar o conhecimento sobre as ações de saúde. Durante essa capacitação foram desenvolvidas as seguintes estratégias: (I) capacitação dos ACS e ACE em coleta de gota espessa e confecção de Lâmina de Verificação de Cura (LVC); (II) realização de investigação e preenchimento adequado do SIVEP-Malária como ferramenta de mapeamento

das localidades endêmicas; (III) treinamento para diagnóstico de malária; (IV) orientações para a realização de busca ativa.

A metodologia abordada para a capacitação em coleta de gota espessa e confecção de lâmina de verificação de cura foi a seguinte:

O primeiro ponto abordado foram os procedimentos para realização da coleta do sangue e preparação da lâmina, que requer prática e acuidade visual na etapa microscópica. Foi utilizado a técnica de gota espessa que é considerado o “*padrão ouro*” para detecção de *Plasmodium*), é feito a partir da punção da polpa digital e uma gota de sangue é aplicada na superfície de uma lâmina de vidro. Em seguida, as lâminas recebem a coloração de Giemsa, que confere a coloração aos componentes do citoplasma e do núcleo das células, permitindo a identificação do *Plasmodium* sp. (Santos *et al.*, 2021; Zebral, Zafalon-Silva & Robaldo, 2011). As lâminas são analisadas em microscópio em busca da presença do protozoário. Em caso positivo para malária, é preconizado confeccionar o controle de cura, realizando a lâmina de verificação de cura (LVC). Esse controle tem como objetivo verificar se houve redução progressiva de parasitemia no sangue, da eficácia do tratamento e identificação de possíveis recaídas (Brasil, 2020; WHO, 2015). Durante a oficina foram abordadas outras diferentes técnicas para preparo da lâmina, além da importância dos registros e a identificação correta das lâminas por meio dos códigos numéricos, o mesmo usado para identificar o paciente na ficha de notificação (Figuras 4 e 5).

Os ACS e ACE foram orientados a seguir as normas de biossegurança para evitar possíveis acidentes envolvendo material biológico. Também foi destacada a importância da atribuição desses profissionais no âmbito do cuidado em saúde. Para suprir o baixo quantitativo de recursos profissionais no território e atender às necessidades da população local, os ACS e ACE foram orientados a realizar busca ativa, investigando possíveis casos suspeitos de malária, visto que são treinados a observar os sintomas mais comuns da doença. O diagnóstico precoce e o início do tratamento impedem a cadeia de transmissão, pois impossibilita a infecção de mais mosquitos com gametócitos (célula germinativa) (Brasil, 2022). A busca ativa também é importante para diminuir o tempo de procura espontânea pelo serviço de saúde.

Outra atividade abordada na oficina foi o preenchimento adequado da ficha de notificação da malária, ressaltando a importância desse instrumento para a vigilância, que se ocupa com os processamentos das informações e articulação de medidas para controle da doença. A manutenção dos sistemas de informação também é útil para traçar o perfil da população assistida e calcular a distribuição dos casos da doença no território. Como treinamento prático, a ficha foi preenchida por todos os presentes em conjunto e, dessa forma, todos os

campos foram explicados e as dúvidas apresentadas foram sanadas (Figura 6). Oportunamente, foram repassados os códigos numéricos requeridos na ficha, como número de postos, municípios e localidades.

Para apoiar a realização das atribuições diárias, foram distribuídos material básico de laboratório para realização de coleta de sangue (lâminas com borda fosca, porta lâminas e lanceta), equipamentos de proteção individual (EPI) (luvas descartáveis), a ficha de notificação (SIVEP-Malária) e caneta para registros.

Para tornar os processos de trabalho operativos e sistematizados foram realizadas reuniões periódicas entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, além de planejamento de reuniões futuras para acompanhar e avaliar os trabalhos realizados no território. As reuniões ocorridas atendem a orientação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012).

Com o esforço da equipe de saúde em 2022 e no 1º quadrimestre de 2023, após a implantação das iniciativas de educação em saúde com integração dos ACS e ACE, foi possível transformar a realidade do território e alcançar a meta estipulada acima de 70% de identificação da malária. Esse resultado aponta que, com o esforço coletivo, foram diagnosticados e tratados os casos de malária autóctone de forma adequada e em tempo oportuno nas primeiras 48 horas, como é preconizado (MS, 2023) (Figura 7).

**Figura 04:** Demonstração da técnica de coleta de gota espessa na lâmina pelo Revisor.



**Fonte:** Gerência de Endemias, 2023.

**Figura 05:** Preenchimento da gota espessa na lâmina pelos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias.



**Fonte:** Gerência de Endemias, 2023.

**Figura 06:** Orientações sobre o Preenchimento correto do SIVEP-Malária.



Fonte: Gerência de Endemias, 2023.

**Figura 07:** Equipe de Agentes de Combate as Endemias e Agentes Comunitários de Saúde do Distrito do Santo Antônio do Matupí.



Fonte: Gerência de Endemias, 2023.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A malária é um grande problema de saúde pública, principalmente na região norte do país que concentram mais de 98% dos casos da doença e o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento adequado deve ser prioridade em municípios malarígenos e deve ser considerado como política pública de saúde no território. O acompanhamento adequado pode reduzir consideravelmente a letalidade da doença e, com isso, diminuir o impacto na vida do paciente e nos serviços de saúde, melhorando os indicadores de saúde do município.

As ações realizadas no distrito de Santo Antonio do Matupi fortaleceram a integração entre as equipes de vigilância em saúde e atenção básica e foi possível ressignificar o olhar dos profissionais para a doença, que exige com-

preensão para além da dimensão puramente biológica, que já é relevante, mas insuficiente para responder todas as questões relacionadas a dinâmica para o enfrentamento da malária. A criação de espaços voltadas a discussão e ampliação de conhecimento gera um ambiente de satisfação profissional a partir das trocas de experiências voltadas a um tema de extrema relevância no território.

A mudança do olhar e a oportunidade de integração entre as equipes na perspectiva de melhoria das abordagens dos serviços de saúde para o enfrentamento da doença mostrou o caminho para ampliar as ações de controle da doença e a possibilidade de redução ainda maior da doença. Porém, é necessário um também fortalecer o planejamento integrado que deve ser qualificado pela gestão local. Consideramos que a trajetória e a experiência em saúde qualificam e demonstram o trabalho em ato, revelando a potência do cuidado é importante a criação de mais espaços de promoção da educação em saúde.

No entanto, ainda há uma vasta seara para percorrer e os velhos desafios ainda persistem no controle e eliminação da doença. A integração e as mudança de paradigma no controle da doença principalmente referente a atenção primária deve ser considerada uma importante estratégia para a eliminação da doença nos territórios. Desse modo, a integração e parceria entre vigilância e a atenção primária é o caminho mais próximo de reduzir e eliminar a malária na região do distrito de Santo Antônio do Matupi.

Por fim, a Educação Permanente em Saúde é o pilar essencial para o aprimoramento dos processos de trabalho na área da saúde. O apoio da gestão e a priorização dessas práticas refletem o compromisso com a excelência no cuidado ao usuário e no desenvolvimento contínuo de todos os profissionais envolvidos.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde.** Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/arquivos/acoes-controle-malaria-manual.pdf/view>

- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de tratamento da malária no Brasil** [recurso eletrônico]. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_tratamento\\_malaria\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_tratamento_malaria_brasil.pdf)
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Elimina Malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária**. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/malaria/politicas-de-saude/elimina-malaria-brasil-plano-nacional-de-eliminacao-da-malaria>
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Caderno de Indicadores PQA-VS**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/publicacoes-tecnicas/caderno-de-indicadores-programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-2023>
- Correio, A. L. C. (2021). Imunização contra malária: perspectivas e desafios. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, 25(1), p. 53-59.
- Honorato, B. I., & Wiggers, R. (2013). De 180 a Santo Antônio do Matupi - Luta pela Emancipação Política de uma Vila no Sul do Amazonas. Ponto Urbe - **Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, 13. Recuperado de <http://journals.openedition.org/pontourbe/757>
- Moraes, G. A. S. (2023, June). Panorama epidemiológico da malária no estado do Piauí. **Trabalho apresentado em Anais do III Congresso Brasileiro Médico Acadêmico, XI Congresso Nordestino Médico Acadêmico, XXVII Congresso Médico Acadêmico do Piauí**. Recuperado de <https://proceedings.science/comab-comane-comapi/comab-comane-comapi-2021/trabalhos/panorama-epidemiologico-da-malaria-no-estado-do-piaui?lang=pt-br#>
- Nascimento, T. L. *et al.* (2020). Assessment of compliance with malaria treatment monitoring and cure verification activities. **Rev. esc. enferm.** USP [online].
- Santos, K. R. P. *et al.* (orgs.). (2021). **Manual de técnica histológica de roti-**

**na e de colorações.** - Vitória de Santo Antão. Recuperado de <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40530/1/Manual%20de%20T%c3%a9cnica%20Histol%c3%b3gica%20de%20Rotina%20e%20de%20Colora%c3%a7%c3%b5es.%20SANTOS%20et%20al.%2c%202021.pdf>

Santos, N. C. C. (2019). Análise espacial dos casos de malária em crianças em uma área endêmica no Pará. **Dissertação** (Mestrado em Epidemiologia e Vigilância em Saúde) Instituto Evandro Chagas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Ananindeua

Santos, W. P. & Ferla, A. A. (2022). Mineração predatória e saúde: uma revisão sobre os efeitos ambientais e sanitários. **Saúde em Redes**, 8(supl. 4), 106-108

Senigalia, L. M. (2013). **Análise do controle de qualidade do diagnóstico da malária realizados por microscopistas do estado de Mato Grosso, Brasil, entre 2009 e 2011.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuiabá

SIVEP-Malária. (2023). Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica. **Notificação de Casos.** Gerência de Endemias

Souza, B. V. (2021). Histórico dos aspectos epidemiológicos e análise de intervenções de saúde pública efetivas no controle da malária no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, 4(1). p.1521-1355.

World Health Organization (WHO). (2012). **World Malaria Report.** WHO Global Malaria Programme.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2015). **Guidelines for the Treatment of Malaria.** Geneva: WHO

Zebral, Y., Zafalon-Silva, B., Robaldo, R. (2011). Teste de corantes para análise e identificação de células sanguíneas em Odontesthes bonariensis. **XX Congresso de Iniciação Científica, III Mostra Científica.** Instituto de Biologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Recuperado de [https://www2.ufpel.edu.br/cic/2011/anais/pdf/CB/CB\\_00778.pdf](https://www2.ufpel.edu.br/cic/2011/anais/pdf/CB/CB_00778.pdf)

# Agentes de saúde e de combate às endemias: trabalho em ato no monitoramento dos casos de *Aedes aegypti* em Manicoré



**Alexsandro Felix de Oliveira**  
**Cristiano Fernandes da Costa**  
**Mariles da Silva Bentes**  
**Liliane da Silva Soares**  
**Marcondes Ferreira Brasil**  
**Paulo Robson Oliveira de Macedo**  
**William Pereira Santos**



## INTRODUÇÃO

**A**dengue é uma doença de etiologia viral, febril aguda causada por um arbovírus da família *Flaviviridae* e gênero *Flavivirus*. Antigenicamente, possui quatro sorotipos distintos denominados DENV tipo I, II, III e IV, é transmitida pela picada de fêmeas de mosquitos do gênero *Aedes* sp. cujo principal vetor nas Américas é o *Aedes* (*Stegomyia*) *aegypti* (Linnaeus, 1792). A doença pode apresentar um amplo espectro clínico, incluindo desde as formas oligossintomáticas leves e autolimitadas, até formas severas e evoluir para quadros graves, e o óbito (Brasil, 2013, Brasil, 2016; Lopes *et al.*, 2014).

A dengue está presente em grande parte do mundo em áreas urbanas, periurbanas e rurais, sendo recorrente nos países de clima tropical e subtropical, devido às condições ambientais que favorecem o desenvolvimento e a proliferação do vetor. O mosquito *Aedes aegypti* (dípteros da família *Culicidae*) possui

grande capacidade de adaptação ao ambiente e é o vetor responsável pela transmissão da Chikungunya e Zika vírus.

A doença é transmitida quando ocorre o ciclo humano-vetor-humano e as fêmeas se reproduzem a partir da postura de ovos em reservatórios que acumulam água, geralmente associadas aos ambientes domiciliares e utilizam os reservatórios artificiais como baldes, caixas d'água descobertas, calhas, garrafas e latas vazias, piscinas, pratos sob vasos de plantas, pneus dentre outros. Além da água, a temperatura é um fator importante para eclosão dos ovos dos mosquitos, que costuma ocorrer em até sete dias em temperaturas variando entre 24 e 300 C. O combate ao vetor é o método mais indicado para a redução do risco de transmissão do DENV e para a eliminação dos criadouros onde o mosquito se reproduz, sendo necessário a proteção e/ou eliminação dos locais que armazenam água (Marcondes & Ximenes, 2016; Kraemer et al., 2015; Kraemer & Reiner Jr., Golding *et al.*, 2019; Lopes *et al.*, 2014).

De maneira geral, as arboviroses apresentam sinais e sintomas semelhantes, como febre, dores nas articulações, manchas vermelhas na pele e coceira. Alguns sintomas específicos podem ser observados para diferenciar os quadros de Dengue, Zika vírus e Chikungunya. Nesse contexto, a dengue pode apresentar febre alta; dor no corpo, podendo ser muscular e/ou nas articulações; dor de cabeça e atrás dos olhos; também acompanhada de algumas erupções na pele e indisposição. Quando os sintomas começam se manifestar é recomendado procurar o Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente se há casos suspeitos ou confirmados para a doença no local. A automedicação deve ser evitada (Brasil, 2013; Brasil, 2016).

Para o enfrentamento da dengue, devem ser considerados fatores que favorecem a ocorrência da doença em diversos espaços, além da importância das ações de educação ambiental aliado à corresponsabilidade da população visto que cerca de 80% dos criadouros dos vetores ocorrem em imóveis domiciliares e habitados. Soma a isso, a necessidade do fortalecimento das ações de vigilância em saúde, principalmente da inteligência epidemiológica nos territórios. Tendo em vista a falta de políticas públicas voltadas ao destino adequado de resíduos sólidos, coleta inadequada de lixo, falta de saneamento e o desabastecimento de água que potencializam o avanço de doenças transmitidas por estes mosquitos (Silva *et al.*, 2020).

Segundo Silva *et al.* (2020), nos últimos 50 anos, incidência de dengue aumentou trinta vezes devido a expansão geográfica para novos países, cidades e áreas rurais. Cerca de 390 milhões de infecções pelo vírus da dengue ocorrem a cada ano, dos quais 96 milhões apresentam manifestações clínicas. Trata-se, portanto, de uma doença de relevância pública em todo mundo. No Brasil, a consideração não é diferente, devido a letalidade, persistência e crescente número de casos.



Em 2024, o país atingiu o lamentável registro de 1.017.278 casos e 214 mortes pela doença, além de 687 que estão sendo investigadas (coeficiente de incidência de 501,0). No Amazonas, foram registrados 7.966 casos prováveis, 6 óbitos em investigação e nenhum óbito confirmado (coeficiente de incidência de 202,1). O município de Manicoré, Amazonas, registrou 415 casos da doença em 2021 e 157 em 2022 (FVS-RCP, 2023). Em 2024, até o momento, em que o Brasil vive uma epidemia de dengue, o município registrou 17 casos prováveis e nenhum óbito em investigação e confirmado (coeficiente de incidência de 31,5). Esses dados foram obtidos no momento de escrita deste capítulo (MS, 2024), e os dados apresentados no cenário nacional apontam para uma epidemia de dengue em grandes proporções e sem precedentes, trazendo à tona um antigo problema de saúde pública com novos desafios assim como os vivenciados com a SARS-CoV-2 gerando a sobrecarga para os sistemas de saúde em seu enfrentamento.

A dengue é uma doença de notificação compulsória em que os casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados ao Serviço de Vigilância Epidemiológica em tempo oportuno (Marques, Siqueira & Portugal, 2020). Os registros são importantes para subsidiar a elaboração de respostas rápidas e coordenadas, a partir dos dados é possível implantar e/ou implementar estratégias para controle da doença e prevenção de epidemias. O controle da doença deve ser considerado prioritário, requer ações urgentes e depende de medidas coletivas entre o Estado e a população, considerando, sempre, a realidade de cada território.

O objetivo deste capítulo é descrever as ações de vigilância, prevenção e controle das arboviroses em especial dos casos de dengue no município de Manicoré -Am. Além do monitoramento dos focos dos mosquitos *Aedes aegypti* identificados durante as visitas domiciliares realizadas por Agentes de Combate às Endemias - ACE e Agentes Comunitários de Saúde - ACS.



## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo com metodologia mista, incluindo pesquisa documental e informações geradas a partir de dados coletados dos sistemas de informação das vigilâncias e atenção primária referente aos indicadores entomológicos e epidemiológicos de dengue no município.

Utilizamos dados extraídos do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD), do qual é possível obter informações de diversos tipos de relatórios que classificam o perfil dos imóveis com maior percentual de criadouros dos vetores, além dos tipos de depósitos e recipientes com a presença de larvas do *Ae. aegypti*, como: A1 - Depósito elevado de água para consumo humano; A2 - Outros depósitos para armazenamento de água para consumo abaixo de 50 cm;

B - Vasos, potes, garrafas e pequenos recipientes móveis em geral; C - Depósitos fixos: calhas, lajes, piscinas não tratadas, sanitários em desuso e caixas do pluvial; D1 - Pneus e outros materiais rodantes; D2 - Lixo, sucatas, entulhos de construção; e E - Ocos de árvores, axilas de bromélias e materiais naturais (Brasil, 2009).

**A organização do trabalho e as ações no território:** a atuação dos agentes de combate às endemias

O Agente de Combate de Endemias (ACE), é um profissional que atua nas ações voltadas a vigilância em saúde nos territórios e possui estratégia relevante no combate às doenças e endemias. Suas atribuições e responsabilidades contribuem para a segurança das pessoas e das comunidades (Brasil, 2009; Frez *et al.*, 2023).

A profissão de ACE foi criada no ano de 2002, por meio da Lei nº 10.507, de 10 de julho, e revisada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. A legislação estabelece que as atribuições dos ACE se referem as atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças, endemias e zoonoses, com ênfase na promoção da saúde. Os ACE fazem parte dos profissionais que compõem as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), contribuindo com o planejamento de ações para o controle de endemias integrado a atenção primária e suas ações prevê itinerários nos territórios semelhantes as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde a partir de localidades de atuação denominadas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2006; Guarda *et al.*, 2022). As medidas de controle preconizadas para o combate à dengue preveem o controle vetorial como uma das principais estratégias realizadas pelo ACE. Os métodos mais empregados são as visitas domiciliares nas quais são feitas o controle que pode ser mecânico por meio da eliminação de criadouro; biológico por meio de aplicação de biolarvicidas, introdução de peixes larvófagos; e químico que prevê o uso de inseticidas larvicidas e adulticidas. Além do controle legal por meio de legislação que ampara o poder público para intervir em imóveis que favorecem o risco de proliferação dos vetores. Todas estas ações seguem orientação contidas em Diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS). As visitas domiciliares realizadas pelos ACE e ACS têm o propósito de identificar focos dos vetores ou condições propícias para a reprodução dos mosquitos. Essa atuação, porém, é complementar à responsabilidade dos moradores, que também precisam zelar diariamente pela segurança da própria moradia e do território. Trata-se, então, de uma ação conjunta e frequente (Brasil, 2009; Frez *et al.*, 2023).

As visitas domiciliares estabelecem uma relação de confiança e possibilitam a oportunidade de escuta qualificada e a promoção da educação em saúde orientando as ações destes profissionais junto à comunidade. As orientações aos moradores deve ser a principal ferramenta de trabalho e a principal estratégia de mobilização e corresponsabilização para o combate ao vetor. Dentre as informações mais importantes a orientação quanto ao descarte adequado de utensílios que

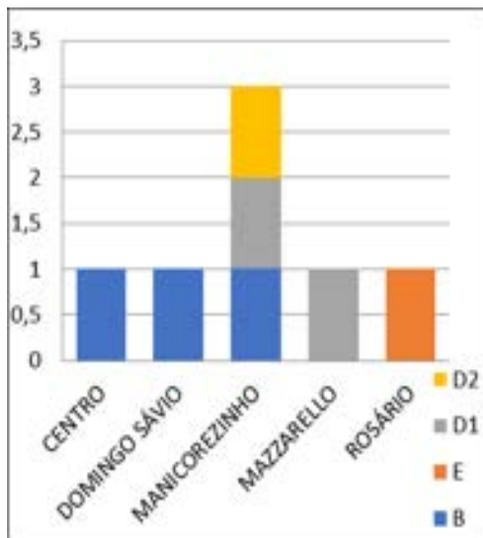
possam acumular água, o cuidado com os depósitos fixos, como caixa d'água, calha e laje, depósitos naturais como buracos em árvores e rochas e plantas, como as bromélias, que retêm água em suas axilas (central e lateral) devem ser reforçadas a cada visita (Brasil, 2009; Brasil, 2013; Silva *et al.*, 2020). Os ACE orientam quanto ao descarte indevido de recicláveis, instruindo a não os eliminar em quintais, vias públicas e terrenos baldios (Brasil, 2009; Frez *et al.*, 2023; Quaresma, 2017).

Segundo dados da Gerência Municipal de Endemias de Manicoré, são cadastrados 10.068 imóveis para inspeção distribuídos nos bairros: 11 de Maio, Auxiliadora, Centro, Dom Bosco, Manicorezinho, Mazzarello, Novo Horizonte, Presidente Lula, Rocinha, Rosário, Santa Luzia, Santo Antônio, São Domingos Sávio e São Sebastião (Figura 1) (Oliveira *et al.*, 2023).

## MONITORAMENTO LARVÁRIO DO Aedes Aegypti

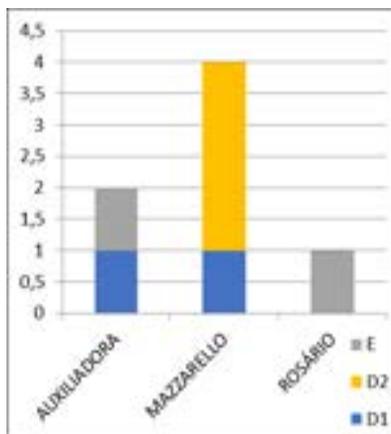
Em 2021, os bairros que apresentaram positividade para dengue foram Centro, Domingo Sávio, Manicorezinho, Mazzarello e Rosário, e os depósitos com presença larvária positiva foram do tipo: B, E, D1, D2 e E (Gráfico 1) (Oliveira *et al.*, 2023). Em 2022 os bairros onde predominaram positividade foram Auxiliadora, Mazzarello e Rosário, nestas localidades os depósitos positivos são: D1, D2 e E (Gráfico 2).

**Gráfico 01:** Positividade larvária para *Aedes Aegypti* segundo bairros e depósitos em Manicoré, AM. 2021.



Fonte: Os autores, 2024 (Adaptado de SisPNCD).

**Gráfico 02:** Positividade Larvária para *Aedes aegypti* segundo bairros e depósitos em Manicoré, AM. 2022.



**Fonte:** Os autores, 2024 (Adaptado de SisPNCD).

Nos levantamentos de índices de infestação realizados nos períodos de 2021 a 2022, os recipientes positivos encontrados para *Aedes aegypti*, com os maiores percentuais foram atribuídos aos tipos: B - Vasos, potes, garrafas e pequenos recipientes móveis em geral; D1 - Pneus e outros materiais rodantes; D2 - Lixo, sucatas, entulhos de construção; e E - Ocos de árvores, axilas de bromélias e materiais naturais. Os resultados obtidos podem fomentar o reforço das orientações à população sobre as formas de prevenção da dengue, suscitando orientações mais diretas com relação aos cuidados diários nos domicílios e no território, de maneira geral. Alguns estudos consideram esses criadouros os “preferenciais” para a proliferação dos mosquitos. Mesmo que o levantamento no município não tenha observado focos dos vetores em outros depósitos, as outras formas de armazenamento de água devem ser consideradas importantes (Quaresma, 2017).

O controle da doença exige senso de responsabilidade coletiva, visto que a falta de cuidado individual pode colocar em risco a saúde de toda a população. Dessa forma, é importante a atuação de todos os profissionais além dos ACE's e ACS's que atuam na rede de saúde que orientem a população quanto a importância da participação de todos por meio de medidas simples e de extrema importância no sentido de eliminar os focos de proliferação do mosquito e eliminar todos os locais que possam acumular água. Nesta seara reforça ainda mais a importância das implementações de abordagens voltadas as estratégias de educação em saúde e que possam ser adequadas e dialogar com a comunidades valorizando os espaços e o conhecimento popular envolvendo toda a comunidade como protagonistas do cuidado.



## O TRABALHO EM ATO DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS EM MANICORÉ

O “*trabalho em ato*” em saúde é o trabalho humano realizado no momento da produção do cuidado. Esse trabalho interage o tempo todo com as tecnologias em saúde, que pode estar mais próximo à lógica dos instrumentos, assim como também pode ter mais centralidade nas relações e ser mais criativo. As relações são aquelas que se estabelecem no cotidiano, nos territórios, com as trocas e com o convívio (Gonçalves, 1994; Merhy, 2002).

Na dimensão da saúde, o trabalho realizado por uma pessoa ou um grupo de profissionais confere sentido ao trabalho que é realizado pelos demais e, ainda que as funções, formações e as experiências sejam distintas, todas elas são importantes e colaboram com a produção do cuidado em saúde (Gonçalves, 1994; Merhy, 2002).

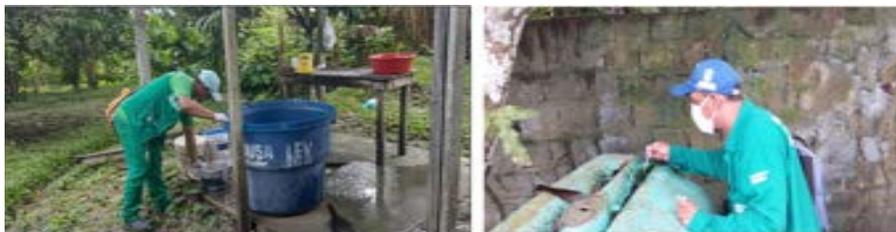
O cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção, mas uma ação que requer gestão, planejamento, bem como possui significados e é um direito garantido na legislação a todas as pessoas de todos os lugares no Brasil e o princípio da equidade talvez seja o mais desafiador no contexto do direito universal à saúde. Com o conceito ampliado de saúde, o cuidado é produzido com a interação, que envolve diversas categorias do trabalho em saúde (Pinheiro & Mattos, 2005).

No modelo médico-hegemônico, nota-se que o entendimento maior que se faz sobre o cuidado assistencial é concentrado no profissional médico. O debate crescente sobre o “*trabalho em ato*” em saúde tem gerado discussões bastante potentes, permitindo decolonizar o pensamento sobre a produção do cuidado, que é protagonizada por todos os profissionais de saúde e pela comunidade. O cuidado é um produto de uma equipe multidisciplinar e tampouco ocorre apenas no interior dos serviços de saúde (Gonçalves, 1994; Merhy, 2002).

Os ACE e ACS ocupam um lugar central na produção do cuidado nos territórios, com foco na prevenção de diversas doenças por meio de visitas domiciliares e de educação em saúde, mantendo todas as pessoas informadas, principalmente sobre situações de risco, mas também sobre as formas de proteção e prevenção (Figura 2) (Brasil, 2012).

Os ACE e ACS são os olhos da Vigilância em Saúde nos territórios e são também responsáveis pela captação de casos suspeitos de dengue, Zika vírus e Chikungunya nos territórios. A identificação e o registro são importantes para que os casos possam ser notificados oportunamente e monitorados pelos serviços de saúde. A vigilância, por sua vez, deve analisar a circulação e o aumento de casos nas regiões. Dessa forma, essa conduta pode orientar e requerer ações integradas para o cuidado à população (Brasil, 2002; Brasil, 2009).

**Figura 01:** monitoramento do *Eaedes Aegypti* pelos ACE.



**Fonte:** Os autores, 2024 (Adaptado de SisPNCD).

Manicoré, de acordo com o último censo (2022), possui 53.914 habitantes, área de 48.315,038 km<sup>2</sup> e densidade demográfica calculada em 1,12 habitante por quilômetro quadrado (IBGE, 2022). Na saúde, importa conhecer as características dos municípios para que as ações e as políticas públicas sejam compatíveis à realidade local.

O município conta com 13 ACE. Cada um é responsável por um quantitativo que varia de 800 a 1000 imóveis distribuídos pelos bairros da cidade (Figura 3). Além das visitas domiciliares, a cada 15 dias os ACE realizam um trabalho de inspeção em pontos estratégicos, que são áreas mais propícias a criadouros de dengue, como borracharias, sucatarias, depósitos de ferro velho e outros.

As visitas nas áreas de abrangências são regulares e cada ACE volta ao mesmo domicílio a cada dois meses. Esse prazo pode ser reduzido quando esses profissionais acompanham ACS em ações integradas no território.

**Figura 02:** Mapa da área urbana com demonstração das ruas.



**Fonte:** Autores, 2024. Elaborado por Elaboração de Lupuna Corrêa de Souza.

Em 2023, a secretaria municipal de saúde realizou um processo seletivo para a contratação de novos ACE. Os candidatos aprovados serão, quando convocados, distribuídos para atuarem em todo município (PMM, 2023). A ampliação de ACE no município revela a iniciativa e o compromisso com a produção de cuidado. A grande demanda para os ACE já justifica a ampliação da equipe para que todas as pessoas das áreas de abrangência sejam assistidas com qualidade. Dessa forma, o “*trabalho em ato*” em saúde necessita da atuação conjunta dos próprios profissionais de saúde e da comunidade, e da equipe de gestão, reconhecendo a necessidade das pessoas e do território.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar na vigilância em saúde do município requer um trabalho integrado com a Atenção Básica em busca de resultados mais favoráveis, melhorando os indicadores em saúde. Nesse sentido, a atuação dos ACE colabora com esses resultados à proporção em que trabalham para prevenir e controlar os fatores de risco de doenças e de outros agravos à saúde. Essa atuação, portanto, traduz o conceito de “*trabalho em ato*” na medida em que os ACE realizam as visitas de rotina, conhecem os bairros e a organização da vida no território, realizam orientações para despertar a conscientização sobre a importância da causa, e estabelecem relação de confiança com as pessoas. Sendo assim, a experiência de demonstrar a atuação dos ACE em Manicoré revela o trabalho potente que esses profissionais realizam em defesa da vida e do SUS.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2006). **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 - Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.** Presidência da República. Casa Civil. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. (2002). **Programa nacional de controle da dengue (PNCD).** Brasília, DF: MS. E-book. 32 p. Recuperado de [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd\\_2002.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). **Política Nacional de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2016). **Dengue - diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 5. ed. Brasília, DF. E-book. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_diagnostico\\_manejo\\_clinico\\_adulto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2013). Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. - 4. ed. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_diagnostico\\_manejo\\_clinico\\_adulto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. (2009). **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_prevencao\\_controle\\_dengue.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf)
- Frez, F. C. V. *et al.* (2023). Controle da dengue no contexto da pandemia da COVID-19: um olhar dos Agentes de Combate às Endemias. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, 27(7), p. 3299-3314. Recuperado de <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10034/4912>
- Fundação de Vigilância em Saúde Rosimeire Costa Pinto (FVS-RPC). (2023). **Boletins Epidemiológicos**.
- Gonçalves, R. B. M. (1994). **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Guarda, C. *et al.* Vulnerabilidades e riscos associados ao trabalho dos Agentes de Combate à Endemias. **Research, Society and Development**, 11(8), e38011831034, 2022
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). **Manicoré**. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/panorama>
- Kraemer, M. U. G. *et al.* (2015). The global distribution of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus*. *eLife*, **Cambridge**, 30(4), p. e08347. Recuperado de <https://doi.org/10.7554/eLife.08347>. Acesso em: 7 abr. 2021.
- Kraemer, M. U. G.; Reiner Jr., R. C.; Golding, N. Past and future spread of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*. **Nature Microbiology**, [London], 4(5), p. 854-863, 2019. Recuperado de <https://doi.org/10.1038/s41564-019-0376-y>

- Lopes, N. *et al.* Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, 5(3), p. 55-64, 2014. Recuperado de <https://doi.org/10.5123/S2176-62232014000300007>
- Marcondes, C. B., & Ximenes, M. F. F. M. (2016). Zika virus in Brazil and the danger of infestation by *Aedes* (*Stegomyia*) mosquitoes. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, 49(1), p. 4-10. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0220-2015>
- Marques, C. A., Siqueira, M. M., & Portugal, F. B. (2020). Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(3):891-900. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n3/891-900/pt>
- Merhy, E. E. (2002). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (MS). (2024). Atualização de Casos de Arboviroses. **Dengue**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>
- Oliveira, A. F. *et al.* (2023). Agentes de combate às endemias: trabalho em ato no monitoramento dos casos de *Aedes aegypti*. **Saúde em Redes**, 9(supl. 4). p. 69. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4396/1305>
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2005). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Hucitec/IMS/UERJ-Abrasco
- Prefeitura Municipal de Manicoré/AM (PMM). (2023). Processo Seletivo Prefeitura Municipal de Manicoré/AM. **Manual do candidato**. Recuperado de <https://anexos.cdn.selecao.net.br/uploads/572/concursos/44/anexos/e7u6H5sZly5J5tmPpjpXJwLuOmCHsALYU3ryXiS.pdf>
- Quaresma, M. A. (2017). Avaliação da implantação do componente controle vetorial do Programa de Controle da Dengue em Porto Seguro- BA/Brasil. **Dissertação (Mestrado)** - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. Recuperado de [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25087/ve\\_Marcia\\_Alves\\_ENSP\\_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25087/ve_Marcia_Alves_ENSP_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Silva, E. T. C. *et al.* (2020). Análise espacial da distribuição dos casos de dengue e sua relação com fatores socioambientais no estado da Paraíba, Brasil, 2007-2016. **Saúde debate**, 44(125), p. 465-477

# O elo transformador: a importância do vínculo entre Agente Comunitário de Saúde e usuário



**Valdenice Nascimento de Araújo**  
**Zuleika Karoline dos Reis Mota**  
**Vanessa Colares Magalhães Alves**



## INTRODUÇÃO

**O** Agente Comunitário de Saúde (ACS) constrói uma relação afetiva e cuidadosa com os usuários do território. Neste capítulo, abordaremos sobre a função do ACS, sua relação com os usuários e o território. Comentaremos sobre a importância do vínculo estabelecido pelo ACS com as famílias. Para demonstrar a importância da presença do ACS no território e como suas visitas podem modificar a maneira como o usuário vê o Sistema Único de Saúde (SUS), utilizaremos o relato de uma usuária da equipe 012 (Figura 01), Unidade Básica de Saúde (UBS) Nilton Pereira.

A UBS Nilton Pereira fica localizada no bairro de Santa Luzia, município de Manicoré/AM. O território pertencente a esta unidade é um bem abrangente e diversificado, pois realiza a cobertura urbana (área comercial da cidade, bairros que foram recém-criados por meio de ocupações) e suburbana (atendem algumas estradas vicinais) da cidade. Além disso, algumas comunidades pertencentes a essa unidade encontram-se também em território ribeirinho. A UBS tem duas equipes de saúde, formada por um médico, uma enfermeira, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, três técnicos de enfermagem e sete ACS em cada equipe.



**Figura 01:** Profissionais da eSF 012 – Santa Luzia.

Fonte: Banco de imagens das autoras, 2022.

**Agente Comunitário de Saúde:** agente de mudança que mora do seu lado

Você já parou para pensar, quem são esses trabalhadores da saúde que batem na sua porta com um sorriso no rosto? Sim, estou falando dos ACS. Eles conhecem sobre saúde, moram no seu bairro e estão prontos para cuidar da comunidade. Mas, como essa história começou? A história dos ACS é tão fascinante quanto a sua missão. Tudo começou há mais de 30 anos. Juntamente com o SUS, vieram alguns modelos de atenção à Saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, ainda que, segundo Viana & Dal Poz (1998); Lima *et al.* (2021) experiências isoladas anteriores ao SUS ocorressem nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará, dentre outros.

A partir de 1994, o PACS foi gradual e transitoriamente integrado ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa integração trouxe consigo um grande aliado: o ACS, profissional de vital importância na equipe de saúde. Ele fortaleceu significativamente a atuação do SUS, especialmente na prevenção de doenças, promoção da saúde e identificação das necessidades da população e do território, por meio de visitas domiciliares (Lima *et al.*, 2021). Dessa forma, por

meio dessas atividades, os ACS tornaram-se um forte elo entre a população, as equipes e as unidades básicas de saúde.

O ACS é um profissional que detém responsabilidades políticas, sociais e de saúde, conforme destacado por Maciazeki-Gomes *et al.* (2016) e Oliveira *et al.* (2022). Embora a existência de agentes de saúde remonte a vários anos, a profissão foi formalmente estabelecida pela Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, a qual definiu seu exercício exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local em saúde (Brasil, 2004). No entanto, a profissão do ACS é regulamentada pela Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, que altera a Medida Provisória nº. 297, de 9 de junho de 2006, em lei (Brasil, 2006).

Esse profissional exerce um papel de protagonista nas relações de trabalho, facilitando a interação entre os saberes populares sobre saúde e os conhecimentos médico-científicos. Essa dinâmica pode gerar contradições, mas também promover diálogos construtivos, uma vez que o ACS traz consigo as práticas de saúde presentes na realidade em que vive e trabalha, embora tenha sido formado, em sua maioria, com base nos princípios biomédicos. Essa posição singular ocupada pelo ACS o caracteriza como um mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, e sua amplitude de atuação é marcada por um trabalho fundamentado em relações assistenciais e de vínculo (Bornstein & Stotz, 2008).

O fortalecimento do vínculo entre os ACS e os usuários é um aspecto fundamental para o sucesso dos serviços de saúde na comunidade. Mas antes de adentrarmos nesse assunto propriamente dito, vamos iniciar com os seguintes questionamentos:

Primeiramente, o que seria vínculo? Vocês já se perguntaram o significado dessa palavra? Já conseguiram construir esse vínculo com alguém da sua equipe de saúde? Comentaremos agora sobre a importância do vínculo estabelecido pelo ACS com as famílias. Destacaremos como essa relação de confiança contribui para um atendimento mais eficaz e integral.

**M.** moradora do bairro Auxiliadora (microárea 05, conforme figura 02), compartilhou como a presença da sua agente de saúde, Valdenice, tem sido crucial em sua vida. Antes de conhecê-la, M nunca havia recebido a visita de um agente de saúde em sua casa. No entanto, após sua aposentadoria, passou a ser atendida pela Valdenice. Desde então, sua percepção mudou completamente, destacando a importância da presença constante e do cuidado individualizado prestado pela agente de saúde.

**Figura 02:** Mapa da microárea 05 da UBS Nilton Pereira.



**Fonte:** Desenho feito pela autora, 2022.

A interação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde é um assunto crucial dentro do contexto do SUS e ganha destaque especial na atenção básica devido à ênfase no vínculo. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) concentra-se em integrar os usuários e cultivar relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes de saúde e a população (Brasil, 2012).

A PNAB (2012) define vínculo como a “*construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico*” (Brasil, 2012, p. 21).

Chuengue & Franco (2019) discutem um paradoxo na relação entre os ACS e as pessoas vinculadas à sua comunidade. Esse fenômeno tem impacto tanto no fortalecimento do vínculo e no compartilhamento de informações valiosas com a equipe, o que pode beneficiar um possível plano terapêutico. Por outro lado, essa proximidade também resulta em um maior controle sobre a vida dos usuários, transformando os espaços de convivência comunitária em locais para solicitações diversas, como agendamentos e orientações.

**M.** ilustrou como o vínculo entre ACS e usuário pode ser transformador. A presença constante, o cuidado individualizado e a dedicação em acompanhar e orientar fazem toda a diferença na busca por uma vida mais saudável: *“como eu trabalhava em um hospital e tinha plano de saúde, não entendia a importância de ser assistida por elas. No entanto, com o tempo e após minha aposentadoria, passei a ser atendida pela Valdenice. Desde então, minha percepção mudou completamente”* (Depoimento de M).

**Figura 03:** Visita domiciliar da ACS e a usuária.



**Fonte:** Banco de imagens dos autores, 2022.

Essa proximidade fortalece esse elo entre ACS e usuários, facilitando a compreensão de suas necessidades e a construção de intervenções mais eficazes. Por outro lado, em alguns casos, pode ser interpretada como invasiva e desrespeitosa à autonomia dos indivíduos. Dessa forma, é importante encontrar um equilíbrio entre o cuidado e o respeito à individualidade. Os ACS devem buscar fortalecer os laços com a comunidade, mas sem invadir a privacidade dos usuários. A construção de uma relação de confiança e respeito mútuo é fundamental para o sucesso de qualquer atuação profissional.

**M.** expressou sua gratidão por ter uma profissional tão competente e atenciosa cuidando da sua saúde e da saúde da sua família, destacando o papel cru-

cial do ACS na vida das pessoas: *“Ela é uma profissional excepcional, sempre presente, prestando assistência e oferecendo informações importantes sobre saúde e bem-estar. Sua dedicação é notável, sempre verificando se precisamos de algo, se alguém está doente ou com febre, e realizando todas as suas atribuições com competência”* (Depoimento de M).

Sabemos o quanto é importante, tanto para o ACS quanto para as famílias, que as visitas aconteçam num clima de confiança, respeito e escuta, como é bom poder ouvir e tentar solucionar cada caso. Neste trabalho, o respeito, o sigilo e a confiança são elementos fundamentais.

De acordo com Silva *et al.* (2020), a visita domiciliar é vista como uma ação estratégica programada do ACS, cujo objetivo é fornecer cuidados diretos em domicílio, oferecer orientações às famílias sobre prevenção de doenças, fortalecer os laços de confiança e entender melhor as condições de vida e as relações interpessoais dos moradores. Podemos exemplificar isso com esse trecho do relato de M: *“Recentemente, precisei fazer uma cirurgia de catarata e ela foi fundamental em todo o processo, desde a marcação da consulta até o acompanhamento pós-cirúrgico”* (Depoimento de M).

Esse relato evidencia o potencial transformador do elo entre o ACS e o usuário de saúde. A dedicação constante, o cuidado personalizado e o compromisso em orientar e acompanhar são pilares fundamentais no cotidiano do trabalho de um agente comunitário e pode ser transformador das condições de acesso à saúde.

**Reflexões e compromissos de uma Agente Comunitária de Saúde:** dedicando-se ao bem-estar da comunidade

Deixaremos algumas reflexões sobre o trabalho do ACS, e aqui deixamos a nossa opinião como agente:

acredito que a importância do meu trabalho é ver que as pessoas podem viver bem. A importância principal que cada dia mais vem me fortalecendo é o prazer que sinto em poder continuar a ajudar as pessoas da minha área. É poder de alguma forma compartilhar tudo aquilo que eu tenho aprendido, não só como agente comunitário de saúde, mas como graduanda em serviço social.

O ACS tem que gostar do que faz, amar, respeitar e saber como conversar com cada morador, independentemente da idade, porque a gente tem que ter um carinho com as crianças de uma maneira diferenciada, com os adolescentes a gente já tem outra maneira

de lidar e com o idoso também. É preciso sempre passar alegria, carinho e confiança a eles.

Nessa profissão eu aprendi a ouvir, pensar e orientar os usuários, mesmo quando não é possível mudar a realidade. Procuo obter conhecimentos nessa área para buscar o melhor resultado, colocando em prática no meu território. Faço visita domiciliar nas residências e procuro conhecer seus moradores, afinal somos o OLHAR da Atenção Básica fora da UBS. Somos um dos principais canais de comunicação entre o usuário e a eSF (Depoimento ACS).

Portanto, no decorrer das visitas domiciliares, ao se identificar uma família que há algum tempo não recebia a visita do ACS, foi possível retomar a relação e investir no vínculo. É no acompanhamento das famílias que o trabalho do ACS se consolida e fortalece a relação com a equipe de saúde. A situação relatada nesse capítulo, mostrou a importância da visita domiciliar realizada pela ACS. Embora a família fosse usuária do SUS, os serviços que buscava eram privados, demandando tempo, recursos financeiros e nem sempre oferecendo a resolutividade necessária. A presença e orientação da ACS, bem como o restabelecimento do vínculo com a equipe, possibilitou realizar uma cirurgia, no mutirão de cirurgia oftalmológica, no próprio município. Bem como, mostrou à família os serviços e exames que são possíveis de ser realizados na UBS de abrangência.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do ACS contribui para a ampliação da resolutividade da APS. O olhar cuidadoso e o conhecimento do território possibilitam estreitar os laços entre usuários e equipe de saúde. Permite acessar as famílias, identificar as necessidades e demandas do grupo como um todo e dar as orientações específicas. Assim como, informar a equipe as condições de saúde e as especificidades de cada caso, para que a melhor decisão seja tomada.

No caso relatado, foi possível orientar a importância dos serviços ofertados pelo SUS no município e a maneira de acessar, de acordo com a necessidade. No dia a dia o ACS desenvolve suas funções e contribui significativamente nas ações de prevenção e promoção da saúde porque é um conhecedor do seu território.



## REFERÊNCIAS

Brasil. (2004). Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2006) Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o §5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional no 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF).
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde).
- Bornstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1), 259-268.
- Chuengue, A. P. G., & Franco, T. B. (2019). O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28.
- Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., & Almeida, P. F. de... (2021). O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, 37(8), e00247820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>
- Maciazeki-Gomes, R. D. C., Souza, C. D. D., Baggio, L., & Wachs, F. (2016). The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, 1637-1646.
- Oliveira, F. F., de Almeida, M. T. P., Ferreira, M. G., Pinto, I. C., & Amaral, G. G. (2022). Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 46(3), 291-313.
- Silva, T. L., Soares, A. N., Lacerda, G. A., Mesquita, J. F. D. O., & Silveira, D. C. (2020). Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em debate**, 44, 58-69.
- Viana, A. L., & Dal Poz, M. R. (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8, 11-48.

# O SUS das Práticas Integrativas:

## auriculoterapia na Atenção Básica no município de Manicoré



**Milena da Conceição Ferreira**  
**Silvia Gima Perin**  
**Dayvison das Chagas Cardoso**  
**Manuel de Oliveira Gomes Neto**  
**Terezinha Lemos Gomes Neta**  
**Lauren Maria Borges Melo**



### INTRODUÇÃO

**A** Atenção Básica em Saúde (AB), também denominada de Atenção Primária em Saúde (APS) em outros países, é caracterizada como a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), solucionando os problemas de saúde com ações resolutivas, se articulando com os demais níveis de atenção e complexidade, formando uma rede integrada de serviços (Starfield, 2002). As práticas integrativas no SUS tem origem em 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, difundindo-se por todo o mundo, e no Brasil o movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Depois a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional, que tinha como objetivo formular políticas com intuito de defender os conhecimentos tradicionais em saúde e os das Medicinas Complementares e Alternativas (Telesi -Júnior, 2016).

O campo das práticas integrativas, alternativas ou complementares em saúde está em ascensão em todo o Brasil, visto que esses recursos são utili-



zados em clínicas particulares, comunidades tradicionais, igrejas, movimentos sociais e entidades não governamentais. Dessa maneira, iniciaram muitos estudos para investigar e validar essas práticas e métodos, o que permitiu ao Ministério da Saúde implementar regulamentações que estimulam a disseminação da Medicina Complementar (Andrade, 2010). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi implantado no SUS no ano de 2006. Tem como uma das suas prioridades a inserção e o fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no nível primário de atenção à saúde, com a explicação dos instrumentos, técnicas e práticas terapêuticas a serem implementadas no SUS (Sousa *et al.*, 2012).

Sob as diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde aprova, então, através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) contemplando 5 práticas. Por meio da Portaria GM/MS nº 849 em 27 de março de 2017, foram incluídas mais 14 novas práticas e através da Portaria GM/MS nº 702 em 21 de março de 2018, foram incluídas mais 10 novas práticas (Leigman, 2022).

Auriculoterapia utiliza o pavilhão auricular como forma de tratamento e prevenção de doenças. É uma prática milenar baseada em conhecimentos tradicionais e está fundamentada em bases neurofisiológicas, pois a região auricular é uma zona reflexa e liga-se com Sistema Nervoso Central e deste com o sistema Nervoso Autônomo. Faz parte das PICS que são ofertadas pelo SUS, além de ser derivada da acupuntura, que faz pressão em pontos específicos da orelha para tratar e diagnosticar diversos problemas físicos, mentais e até emocionais (Ribeiro, 2021).

Segundo Ribeiro (2021), a auriculoterapia busca abordar uma ampla gama de questões de saúde, incluindo doenças, dores, sintomas e distúrbios psicossomáticos, tanto em níveis físicos quanto emocionais. Esta abordagem não apenas demonstra eficácia no tratamento de uma variedade de doenças comuns, mas também apresenta resultados promissores no enfrentamento de condições de difícil resolução, bem como no alívio da dor durante procedimentos cirúrgicos.

**Figura 01:** Pontos da Auriculoterapia.

Fonte: Portal Saúde, 2021.

A auriculoterapia, conforme Kurebayashi *et al.* (2012) e Kurebayashi *et al.* (2015), é um método que utiliza pontos específicos do pavilhão auricular para tratar várias desordens do corpo e convencionalmente pode empregar como instrumentos agulhas semipermanentes ou sistêmicas para fazer a estimulação desses pontos. Landgren (2008) e Kurebayashi *et al.* (2015) comentam também sobre o uso de sementes ou ímãs magnéticos para realizar a estimulação. Essa terapia é aplicada por estimulação em alguns pontos específicos da região auricular, que irão percorrer os ramos nervosos, chegando ao tronco cerebral e depois à região do córtex cerebral, que corresponde ao órgão estimulado (Martini, Cardoso & Santos, 2009).

Nogier & Boucinhas (2012) afirmam que o pavilhão auricular é um órgão isolado que mantém relações com os demais órgãos e regiões do corpo mediante “*reflexos cerebrais*”, ou seja, cada ponto da auriculoterapia tem relação direta

com um ponto cerebral, o qual, por sua vez, está ligado pela rede do sistema nervoso a determinado órgão ou parte do corpo, comandando suas funções.

Podemos exemplificar melhor com o que Zotelli, Meirelles & Sousa (2010, p. 186) explanam:

Os pontos de acupuntura são considerados na MTC (Medicina Tradicional Chinesa), a área mais externa do corpo energético do indivíduo, funcionando como elo de comunicação entre o meio interno e externo. Alguns conceitos sobre os mecanismos de ação da acupuntura são importantes para se entender como ela pode atuar nos casos de DTM. A partir da estimulação de certos pontos, pode-se alterar a dinâmica da circulação sanguínea e também promover o relaxamento muscular, sanando o espasmo e diminuindo a inflamação e a dor. Além disso, a estimulação de alguns pontos pode promover a liberação de hormônios, como o cortisol e as endorfinas, promovendo a analgesia.

**Figura 02:** Pontos da Auriculoterapia.



**Fonte:** NASF-AB SEMSA Manicoré, 2022.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS), em Manicoré/AM, é recente. Há pouco mais de um ano os cidadãos começaram a ter acesso às sessões de acupuntura e auriculoterapia, principalmente, pacientes com dores crônicas. Além de reduzir a prescrição de analgésicos, os usuários relataram melhora também no bem-estar emocional. Nesse sentido, este relato apresenta uma experiência da equipe de multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) da Secretaria de Saúde do Município de Manicoré, com a realização de atendimentos aos usuários do SUS e profissionais da rede de saúde. Assim, podemos contribuir com o alívio de sintomas emocionais associados a diversas doenças e atuando diretamente sobre problemas como depressão e ansiedade.

A partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pelo Ministério da Saúde em 2006, a implantação das práticas deu início na cidade de Manicoré no ano de 2022. Os recursos para as PICS integram o Piso da Atenção Básica (PAB) de cada município, podendo o gestor local aplicá-los de acordo com sua prioridade. Alguns tratamentos específicos da acupuntura recebem outro tipo de financiamento que compõe o bloco de média e alta complexidade (Ministério da Saúde, 2018).



## CURSO DE AURICULOTERAPIA

No primeiro semestre de 2022 ocorreu a primeira etapa deste processo, quando a equipe de multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) recebeu o apoio e treinamento da equipe de Assessoria Técnica da Farmácia Verde, instituição está localizada no mesmo município. Foram realizadas oficinas que tiveram como objetivo qualificar os profissionais para conduzir a nova metodologia de trabalho proposta pela Instituição, no sentido de garantir eficácia no tratamento proposto. Nesse período os profissionais como Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e Educadores Físicos foram capacitados para exercer as atividades. Desse modo, o grupo foi formado para conduzir os trabalhos na rede da atenção primária do município.

O curso multiprofissional foi voltado para os profissionais de saúde de nível superior da atenção básica, lotados nas Equipes de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) das Unidades Básicas, a formação foi totalmente gratuita. Foi apresentado os conceitos da terapia na atenção básica e esclarecido as possibilidades de inserção da auriculoterapia no dia a dia, como opção terapêutica no cuidado individual e coletivo, no autocuidado dos profissionais de saúde e nos processos de educação permanente das equipes.

**Figura 03:** Curso de Auriculoterapia promovido pela Farmácia Verde de Manicoré.



Fonte: NASF-AB SEMSA Manicoré, 2022.

## PROJETO PICS EM MANICORÉ

Nas últimas décadas houve crescimento e busca de formas de cuidados com a saúde diferentes dos padrões convencionais, por uma forma de cuidar holística. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apoia e estimula o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelos sistemas de saúde dos seus países membros para que sejam utilizadas de uma forma mais segura e de eficácia comprovada. A grande procura por esse tipo de serviço se dá por diferentes motivos desde os efeitos colaterais comuns que os medicamentos usuais provocam, frustrações com a biomedicina, qualidades positivas das PIC, como melhor relação terapeuta-usuário e maior estímulo à autocura dos doentes (Monteiro, 2012).

A proposta de projeto submetida à prefeitura em 2022 demonstrava a sinergia e o progresso dos usuários visando conscientizar a gestão sobre os benefícios e despertar o interesse de outros profissionais da saúde. Os objetivos do projeto eram os seguintes:

1. Implementar novas opções terapêuticas com cuidado humanizado, seguro, racional, equitativo, resolutivo e econômico para os usuários de Manicoré.
2. Reduzir o consumo e a dispensação de analgésicos e anti-inflamatórios na rede municipal da Farmácia, visando a diminuição das dores crônicas.
3. Criar a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares no Município de Manicoré.
4. Contribuir na formulação, regulamentação e implementação do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares do Município (PICS), respaldado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Hoje temos um protocolo unificado para as PICS, em que a auriculoterapia pode ser realizada para pacientes encaminhados pela Unidade de Avaliação e Controle (UAC) ou demanda interna como complemento as terapias de reabilitação, permitindo grande efetividade na conjugação dessa rede de métodos de tratamento. Queremos ampliar os atendimentos das práticas já implantadas e oferta também prática corporal. Nossa missão é dar continuidade a uma nova cultura em saúde em Manicoré.



## OFERTA DA AURICULOTERAPIA DA REDE SUS DE MANICORÉ

A oferta começou a ser realizada a princípio na Unidade Básica de Saúde Nilton Pereira de Lima onde a equipe de Multidisciplinares do NASF-AB são vinculados. Atualmente, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município fazem atendimentos, sendo na UBS João Pereira de Oliveira, a UBS Lourival Dias de Souza, a UBS Mãe Laurinda e a UBS Emille Tássia Abreu de Freitas. A eficácia do tratamento com PICS mostrou aos gestores que é um investimento relevante dos recursos da saúde. O tratamento também se estendeu para a zona ribeirinha do município onde a terapia é feita por profissionais capacitados do NASF-AB que são vinculados as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR).

A terapia diminuiu o gasto com medicamentos e fez reduzir os encaminhamentos para atendimento dos profissionais das equipes de saúde da família,

umentando a resolutividade da Atenção Básica e dos outros níveis de assistência. Talvez a maior dificuldade encontrada para implantar e ampliar os serviços de PICS seja o desconhecimento por parte de mais profissionais de saúde com necessidade de extensão de curso de qualificação.

A auriculoterapia é uma prática segura e de rápida aplicação, hoje é realizada em diferentes condições locais e ambientais pelos profissionais de saúde capacitados da rede SUS de Manicoré, quando o objetivo é de sempre promover a qualidade de vida das pessoas.

As sessões de auriculoterapia são realizadas nas unidades básicas de saúde do município. Cabe destacar que a prática é aberta e voltada a todos os segmentos da sociedade e aos trabalhadores/trabalhadoras da rede de saúde do município e é aplicada como método de tratamento e prevenção.

A Atividade foi iniciada em agosto de 2022 com atendimento semanal aos usuários do território de cobertura das unidades de Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas sessões de Auriculoterapia em 228 usuários com diversas queixas, mas com maior frequência dores articulares, ansiedade, hiperatividade em crianças, vícios e cardiopatias.

**Figura 04:** Equipe NASF-AB de Manicoré.



**Fonte:** NASF-AB SEMSA Manicoré, 2022.

Sabendo-se que existe ainda fragilidades como a dificuldade de adesão ao tratamento e a escassez de insumos disponíveis, reafirmamos que a importância da oferta de práticas integrativas é atribuída ao sucesso da prática de abordagem humanizada, tem base na escuta qualificada e na visão holística da pessoa. Ressaltamos a necessidade de capacitação de maior número de profissionais para a prática, com o intuito de ampliar a oferta das práticas integrativas na atenção primária do município de Manicoré.

**Figura 05:** Equipe NASF-AB de Manicoré.



Fonte: NASF-AB SEMSA Manicoré, 2022

A auriculoterapia, de acordo com Alves (2016), tem construído sua teoria própria, por ter na atualidade, métodos independentes para o diagnóstico e tratamento das enfermidades. Abriu-se uma porta no desenvolvimento da nova auriculoterapia que tem as seguintes características, ainda segundo Alves (2016):

Esta auriculoterapia como microsistema não precisa necessariamente do uso de agulhas, isto facilita sua execução e aceitação. Ela combina as teorias da Medicina Tradicional Chinesa com as teorias da medicina moderna, usando desta última, matérias importantes como a anatomia, fisiopatologia, genética e imunologia. Os pontos auriculares funcionam como uma me-

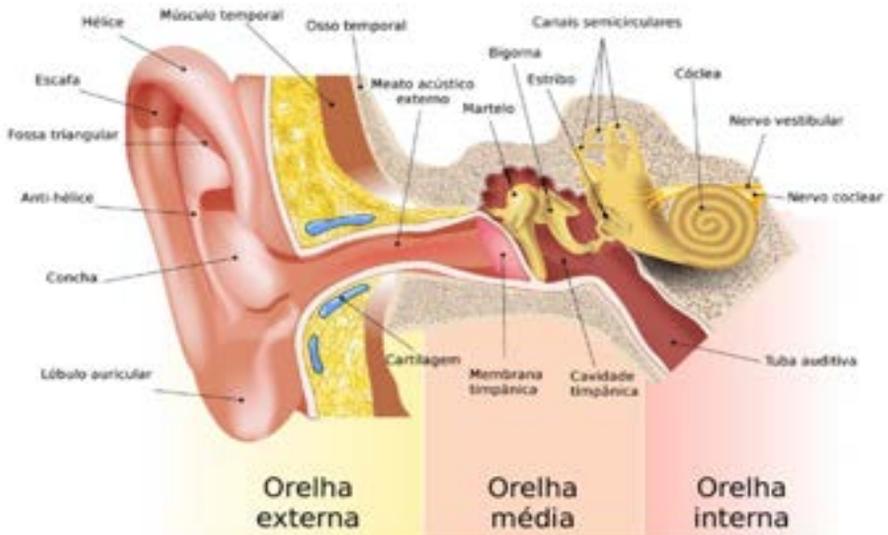
mória do histórico patológico da pessoa, por isso o diagnóstico através destes, nos fornece o desenvolvimento cronológico das enfermidades e a preparação para processos patológicos que ainda não se manifestaram clinicamente.

## CARACTERÍSTICAS DA DISTRIBUIÇÃO DOS PONTOS DA AURICULOTERAPIA

Alves (2016) ressalta a distribuição dos pontos da Auriculoterapia da seguinte forma:

- Pontos ventrais: controlam os órgãos dos sentidos, cabeça, face, órgãos internos e membros anteriores.
- Pontos dorsais: atuam na região occipital, escápula, ombro, costas, lombar, glúteos, face posterior do cotovelo e calcanhar, sendo eficazes para problemas musculoesqueléticos.
- Orelha esquerda: representa o lado esquerdo do corpo.
- Orelha direita: representa o lado direito do corpo.
- Orelha direita: trata mudanças patológicas do fígado, vesícula biliar, estômago, duodeno, apêndice e condutores biliares.
- Orelha esquerda: trata mudanças patológicas do coração, baço, pâncreas, intestino delgado e grosso, sendo mais eficiente para enfermidades urinárias.

**Figura 6:** Anatomia da Orelha.



**Fonte:** Anatomia da orelha - Ilustração: SVETLANA VERBINSKAYA / Shutterstock.com.



## MATERIAIS E MÉTODOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO

Os materiais e métodos utilizados no tratamento de auriculoterapia, conforme descritos por Alves (2016), incluem:

- Localizador de pontos manuais: utilizado para palpar os pontos auriculares em busca dos mais dolorosos à pressão.
- Tesoura pequena de ponta arredondada: utilizada para cortar esparadrapos colocados sobre as agulhas ou outros materiais.
- Algodão: empregado na antissepsia do pavilhão auricular e na proteção do meato auditivo durante o tratamento.
- Álcool a 70%: usado para a antissepsia.
- Descarpak: caixa de papelão destinada ao descarte de materiais infecto-contagiosos, como agulhas e algodões.
- Pinça.
- Semente de Mostarda: substitui as agulhas semipermanentes, permanecendo nas orelhas pelo mesmo período. Requer estimulação para efeito terapêutico.
- Placa de Sementes.



## TRATAMENTO AURICULAR: HISTÓRIA, MÉTODOS E APLICAÇÕES

O tratamento auricular tem sido praticado na China há mais de 2000 anos, baseando-se na teoria do "Embrião Invertido", que afirma que as orelhas refletem o estado do corpo humano. Existem 16 métodos importantes de tratamento auricular, incluindo a Terapia Auricular com agulhas filiformes, Eletro-Acupuntura Auricular, Terapia Auricular com sementes e Massagem Auricular.

A Terapia Auricular com sementes, também chamada de "*método da semente de pressão*", envolve a aplicação de sementes, esferas de metal ou pontos magnéticos em pontos auriculares selecionados, estimulando-os para tratar diversas doenças. Este método tornou-se popular nos últimos 25 anos e foi desenvolvido a partir de técnicas como a Terapia Auricular com agulhas filiformes e a Terapia Auricular com agulhas semipermanentes (Alves, 2016).

A Massagem Auricular terapêutica é um método externo que busca prevenir e tratar várias doenças por meio de movimentos como fricção, compressão, torção e prensagem digital. Existem dois métodos comuns de massagem auricular: a automassagem auricular, que envolve a aplicação de pressão, esfregamento, levantamento ou amassamento em áreas específicas da orelha, e a massagem auricular de ponto, que consiste em aplicar pressão nos pontos de tratamento relacionados à doença.



As massagens auriculares podem ser aplicadas de forma localizada em pontos específicos, em áreas mais amplas ou de maneira global no pavilhão auricular, proporcionando um tratamento abrangente do estado geral do paciente, especialmente sobre seus componentes neurovegetativos (Alves, 2016).

## RESULTADOS ALCANÇADOS ATRAVÉS DA AURICULOTERAPIA EM MANICORÉ

Os principais resultados alcançados com a experiência, são a melhora dos sintomas tratados, em especial da dor. A terapia também contribui para alívio dos sintomas emocionais associados a diversas doenças, inclusive pode atuar diretamente sobre problemas como depressão e ansiedade. O método ainda possui muitas vantagens no qual se destacam a fácil e rápida aplicação, ampla indicação, indolor e raros efeitos colaterais.

A análise dos resultados das assistências nos permitiu uma conclusão que já é bem estabelecida, a auriculoterapia apresenta efeitos de redução de ansiedade, controle de depressão e alívio de dores musculoesqueléticas. Na análise relacionada ao trabalho da terapia, se mostrou eficaz como tratamento, possibilitando melhoria de vida de trabalhadores e usuários do SUS. Também se notou que após as sessões, houve a diminuição do quadro de idosos com dores osteomusculares crônicas ou agudas recorrentes. Em uma análise de perfil dos usuários com dor crônica constatou que a realização da prática é benéfica por se tratar de uma terapia sem efeitos colaterais que contribui para o uso racional de medicamentos, diminuindo o risco de automedicação.

**Figura 07:** Equipe NASF-AB de Manicoré.



Fonte: Planejamento SEMSA Manicoré, 2022.

Apesar de ser um recurso muitas vezes desconhecido e enfrentar preconceito por parte dos usuários e profissionais de saúde, destacamos a importância da humanização e esclarecimento da técnica, na relação paciente-terapeuta, com influência nos resultados terapêuticos, mesmo quando os usuários são encaminhados ou tomam conhecimento da técnica quando os tratamentos anteriores já haviam falhado. A prática permite a criação de um vínculo forte com o profissional de saúde, por se tratar de uma terapia com foco no usuário, construída a partir de uma escuta qualificada, que amplia as possibilidades diagnósticas e terapêuticas por considerar questões de dimensões psicossociais, espirituais, emocionais e subjetivas.

No que diz respeito ao tratamento da insônia e da dependência de drogas psicoativas, os benefícios da utilização da auriculoterapia em relação a esses casos foram inconclusivos, isto é, alguns estudos demonstraram resultados positivos e outros não. Sugere-se a ampliação de estudos em busca de melhores evidências sobre a eficácia desse tratamento nesses casos.

Contudo, a auriculoterapia demonstrou ser uma prática integrativa que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde que possuem formação na área de acupuntura e/ou capacitação para utilizar essa técnica como um recurso terapêutico complementar a prática de cuidado. Assim, essa terapia poderá contribuir para a integralidade do cuidado das pessoas que apresentam manifestação psíquicas relacionadas a ansiedade, depressão e estresse.

A auriculoterapia é especialmente indicada quando se necessita que o paciente leve o tratamento para casa, podendo o paciente pressionar as esferas ou sementes colocadas nos pontos auriculares, estimulando por pressão e efetivando continuamente o tratamento. Tornando-se, assim, um excelente tratamento para o SUS, principalmente por não oferecer efeitos colaterais, ser de fácil aceitação, pois não envolve tratamento invasivo. Pode ser utilizado em pacientes independentemente da idade, de crianças a idosos, com baixo custo e grandes resultados, servindo não somente para tratar, mas também para prevenir desequilíbrios existentes e ainda não instalados, com isso evitando uma doença futura.

Concluimos que os resultados ainda preliminares tenham sido favoráveis permitindo tratar diversos agravos e pelo retorno positivo dos usuários, com relatos de melhora em todas as sessões realizadas. Outro fato importante foi o interesse da gestão municipal em implantar as PICS no município Manicoré/AM a partir da experiência aplicada, tornando-se grande aliada dos profissionais que buscam ofertar aos seus clientes uma melhor qualidade de vida. As evidências levantadas nesse processo demonstrando resultados positivos desse recurso nas manifestações ansiosas e de estresse.



A Auriculoterapia é uma arte milenar que chegou ao município de Manicoré com o intuito de somar aos tratamentos convencionais, devendo assim ser vista por todos os profissionais da área da saúde, não com algo novo que chega para ser superior aos tratamentos já existentes, mas sim como algo de conhecimento milenar que chega até nós com o objetivo de colaborar com a melhor qualidade de vida das pessoas.



## REFERÊNCIAS

- Alves, G. R. (2016). Auriculoterapia Chinesa: A arte de cuidar. **Trabalho de Conclusão de Curso**, Faculdade Ebramec.
- Andrade, J., & Costa, L. (2010). **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saúde e Sociedade, v. 19, p. 497-508.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS**.
- Kurebayashi, L.F.S, Gnatta, J.R., Borges, T.P., Belisse, G., Coca, S., Minami, A., & Silva, M.J.P.D (2012). A aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes na redução do estresse em profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46, 89-95.
- Kurebayashi, L. F. S., & Silva, M. J. P. da .. (2015). Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 68(1), 117–123. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680116p>
- Landgren, K. (2008). **Acupuntura auricular**. Elsevier Ciências da Saúde.
- Martini, L., Cardoso, M., & Santos, M. C. D. (2009). **Medicina Tradicional Chinesa no tratamento da obesidade**. Disponível em: <https://siaibib01.univali.br/pdf/Laraine%20Martini%20e%20Maise%20Cardoso.pdf>. Acessado em 28 de março de 2024.
- Ministério da Saúde. (2018). **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/marco/ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Data de acesso: 27 de março de 2024.

- Monteiro, M. M. S. (2012). Práticas integrativas e complementares no Brasil-Revisão sistemática. **Monografia** (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012monteiro-mms.pdf>.
- Postal Saúde. (s.d.). **Auriculoterapia: o que é, para que serve, quem pode fazer**. Recuperado de <https://www.postalsaude.com.br/auriculoterapia-o-que-e-para-que-serve-quem-pode-fazer/>. Acesso: 27 de março de 2024.
- Nogier, R., & Boucinhas, J. C. (2012). **Prática fácil de auriculoterapia e auriculo-medicina**. Sao Paulo, SP: Ícone.
- Ribeiro de Freitas, K. (2021). **Auriculoterapia na saúde do trabalhador: Um relato de experiência**. In J. P. Fausto Vitorino, H. L. da Silva, G. C. Manfrini, et al. (Orgs.), A saúde do trabalhador(a) na atualidade do mundo do trabalho (pp. 18-24). Ponta Grossa, PR: Atena. <https://doi.org/10.22533/at.ed.8432108103>
- Sousa, M. et al. (2012). Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2143-2154.
- Starfield, B. (2002). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>.
- Telesi-Junior, Emílio. (2016). Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112.
- Zotelli, V. L. R., Meirelles, M. P. M. R., & de Sousa, M. D. L. R. (2010). Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 22(2), 185-188.

***SOBRE  
AUTORES E  
AUTORAS***





# Sobre os Autores e Autoras

## **ADILSON NASCIMENTO DE OLIVEIRA**

Cirurgião Dentista, graduado pela Faculdade de Odontologia de Manaus (FOM). Atuou como Coordenador de Saúde Bucal. E-mail: [adilsonascimento17@gmail.com](mailto:adilsonascimento17@gmail.com)

## **ADRIANA LOPES ELIAS**

Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFSC). Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde (IEP/HSL). Especialista em Processos Educacionais em Saúde (IEP/HSL), Análise de Situação de Saúde (UFG) e Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Fiocruz/Brasília). Email: [adriana.loelias@gmail.com](mailto:adriana.loelias@gmail.com)

## **ALAN KAIQUE FERNANDES**

Graduação em Medicina pela Universidade Cristiana de Bolívia (UCEBOL). Médico de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde João Pereira. E-mail: [kaiquefernandes@live.com](mailto:kaiquefernandes@live.com)

## **ALCICLEIA RAMOS SODRÉ**

Técnica de enfermagem, atua como Vacinadora na UBS João Pereira de Oliveira. E-mail: [alci.ramos1312@gmail.com](mailto:alci.ramos1312@gmail.com)

## **ALEXANDRE SERRA PEREIRA**

Técnico em Vigilância em Saúde com ênfase em Agente de Combate as Endemias. E-mail: [gme.manicore@yahoo.com.br](mailto:gme.manicore@yahoo.com.br)

## **ALEX SANDRA LIMA**

Graduação em Administração de empresa com sistema de informação, pela Uninorte Acre. Coursou Medicina pela Universidade Técnica Privada Cosmos na Bolívia, com revalidação pela Universidade do Estado do Maranhão. Atua como médica, pelo programa Mais Médico, no município Plácido de Castro, Acre. E-mail: [sandryta.lima@gmail.com](mailto:sandryta.lima@gmail.com)

## **ALEXSANDRO FELIX DE OLIVEIRA**

Atualmente Gerente de Endemias. Enfermeiro. Mestrando profissional em Epidemiologia em Saúde da Mulher e da Criança- ENSP-Fiocruz. Especialista em Saúde Digital- UEA e em Saúde Ambiental-ILMD-Fiocruz. Email: [ale.felix@hotmail.com](mailto:ale.felix@hotmail.com)



### **ANA PAULA AZEVEDO BARBOSA**

Graduada em Gestão Pública, Técnica de enfermagem, atua como Agente Comunitária de Saúde - ACS na UBS João Pereira de Oliveira, anapaulabisneto. **benjamintorres@gmail.com**

### **ANDRIA ORTIZ MEDEIROS**

Técnica de Saúde bucal (TSB) pelo Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM), Unidade Básica de Saúde (UBS) Emile Tássia Abreu Freitas. E-mail: **ortizandria2@gmail.com**

### **ANTONIETA SILVA BRASIL**

Técnica em Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, Técnica pelo Centro de Educação Tecnológico do Estado do Amazonas - CETAM, Manicoré - AM, Brasil, **antonietasilva85@gmail.com**

### **AVANI CRISTINA CAMPOS**

Graduada em medicina pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Possui residência médica na área de obstetrícia e ginecologia pela UNICAMP. Membro da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. E-mail: **avaniparacuru@yahoo.com.br**

### **CLARA GUIMARÃES MOTA**

Médica, formada pela Universidade Federal do Amazonas em 2022. Atua na Estratégia de Saúde da Família de Nazaré/Capananzinho. E-mail: **claramota55@gmail.com**

### **CLAUDIA NEIVA ARAÚJO DE SOUZA**

Graduação em enfermagem pela Faculdade Estácio do Amazonas. Especialista em saúde pública com ênfase em estratégia em saúde da família, urgência e emergência, docência do ensino superior, obstetrícia e ginecologia e auditoria em enfermagem. Atua como gerente da UBS Joao Pereira de Oliveira em Manicoré - AM, compondo o corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde desde maio de 2021, **claudians17@gmail.com**

### **CLAUDIO BARBOSA FERREIRA**

Graduação em Enfermagem pela FAMETRO, 2015. Atua como enfermeiro no CAPS. Email: **enfclaudio7@gmail.com**

### **CRISTIANO FERNANDES DA COSTA**

Biólogo Sanitarista e especialista em Gestão de Sistema de Saúde Pública pelo PUC-Minas. Mestre em Biologia Urbana com ênfase a Doenças emergentes e reemergentes. Cargo de Assessor Técnico em Vigilância em Saúde pelo Cosems. E-mail: **cristianozoo@yahoo.com.br**

### **DAGILSA FERREIRA DOS SANTOS**

Atua como Agente Comunitário de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). E-mail: **cuadallivia@gmail.com**

### **DAYVISON DAS CHAGAS CARDOSO**

Psicólogo graduado pela Universidade Luterana do Brasil - Ulbra. Pós-graduado em Terapia Cognitiva Comportamental (FMF- Faculdade Martha Falcão), Neuropsicologia (FMF - Faculdade Martha Falcão), Psicologia Hospitalar (Faveni). Atua como Psicólogo da equipe eMulti na atenção básica do município de Manicoré. E-mail: **psi.dayvisoncardoso@gmail.com**

### **DÁVILA MOITA PONTE**

Enfermeira, graduada na Faculdade Metropolitana de Manaus. Atua, como enfermeira, na Unidade Básica de Saúde Lorival Dias de Souza. E-mail: **davilaoliveira61@gmail.com**

### **EDCARLA PINHEIRO DA SILVA**

Técnica em Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, Técnica pelo Centro de Educação Tecnológico do Estado do Amazonas - CETAM, Manicoré - Am, Brasil, **edcarlapinheirodasilva@gmail.com**

### **ERIVAN SOUZA DA COSTA**

Atualmente Microscopista Revisor. Técnico em Vigilância em Saúde com ênfase ao combate as endemias. Email: **gme.manicore@yahoo.com.br**

### **FABÍOLA DE LIMA CAMPOS**

Graduação em Odontologia. Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Cirurgiã-Dentista da equipe de saúde da família (eSF), Unidade Básica de Saúde (UBS) Emile Tássia Abreu Freitas. E-mail: **fabiola-campos@hotmail.com**

### **FRANCISCO AUGUSTO NEPOMUCENA DE SOUZA JUNIOR**

Médico formado pela Universidad Tecnica Privada Cosmos - UNITEPC, 2018. Especialista em Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza. E-mail: **jr.nepo@live.com**

### **GABRIEL DOUGLAS SANTANA SANTOS**

Estudante do curso Técnico de Saúde Bucal (TSB) escola estação do ensino MG - Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) E-mail: **gabrieldouglasgd2@gmail.com**

### **HELINALDO CORRÊA DA CONCEIÇÃO**

Graduação em Odontologia e Bacharelado em Direito pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Técnico em Mecânica pelo (CETAM). Cirurgião-Dentista da equipe de saúde da família (eSF), Unidade Básica de Saúde (UBS) Emile Tássia Abreu Freitas. E-mail: **helinaldouea@gmail.com**

### **IANDRA NASCIMENTO PAES**

Agente Comunitária de Saúde. Técnica em Agente Comunitária de Saúde da Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza. E-mail: **hiandrapaes@gmail.com**

### **ITAMARA LEITE REIS**

Graduada em Enfermagem. Especialista em Urgência e Emergência e Saúde Coletiva. Enfermeira na Equipe da Estratégia Saúde da Família. Secretária Municipal de Saúde. E-mail: **itareis.enf@gmail.com**

### **JACKLINE SANTOS BENTES**

Graduada em Enfermagem pela Fametro, Amazonas. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) E-mail: **jacklinebentes2702@outlook.com**

### **JOSÉ RÊGO FLORIANO**

Curso Técnico em Enfermagem pelo Liceu de Ensino Contemporâneo (LEC). Técnico de Estratégia de Saúde da Família (ESF) E-mail: **joseregofloriano@gmail.com**

### **JOSELY MARIA BRANDÃO COLARES**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (2004). Especialista em Gestão em Programas em Saúde da Família. Coordenadora do PNI de Manicoré. Email: **malucolares09@gmail.com**

### **JOSIANE SILVA DE OLIVEIRA**

Técnica de Saúde bucal (TSB) pelo Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM). Atua na Unidade Básica de Saúde (UBS) Emile Tássia Abreu Freitas. E-mail: **josiane\_silva89@hotmail.com**

### **JUAN PONTES DE OLIVEIRA**

Juan Cleto Pontes de Oliveira, fisioterapeuta, graduado pela Uninorte. Atualmente gerente do Centro de Fisioterapia Bruno Eduardo Costa, no município de Manicoré-Am. E-mail: **juancpoliveira@gmail.com**

### **JUCIMAR DO NASCIMENTO RODRIGUES**

Gerente da UBS Mãe Laurinda, Técnico em Enfermagem pelo LICEU de Ensino Contemporâneo, Manicoré-Am, Brasil, **jucimarrodrigues2717@gmail.com**

### **JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT**

Doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2009), Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2000), graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997), graduado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1990). Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMDFiocruz Amazonas, foi chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA no

período entre 2013 a 2022. E-mail: [julio.ilm@gmail.com](mailto:julio.ilm@gmail.com)

### **KEDISON DA SILVA MONTEIRO**

Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Atua como enfermeiro coordenador dos Programas de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré desde maio de 2021. E-mail: [enfkedison@gmail.com](mailto:enfkedison@gmail.com)

### **KELEM OLIVEIRA COSTA**

Fisioterapeuta, graduada pelo Centro Universitário do Norte (UniNorte). Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva (Nacional Cursos). Atualmente, fisioterapeuta no Centro de Fisioterapia Bruno Eduardo Costa do município de Manicoré AM. E-mail: [oliveirakelemcosta@gmail.com](mailto:oliveirakelemcosta@gmail.com)

### **LARA TANIZA GONÇALVES FERREIRA**

Graduação pela Universidade Paulista (UNIP) em 2019. Dentista em Especialista em Ortodontia. Atua na Unidade Básica de Saúde Lorival Dias de Souza. E-mail: [laratgoncalvesf@gmail.com](mailto:laratgoncalvesf@gmail.com)

### **LAUREN MARIA BORGES MELO**

Graduação em fisioterapia pelo Universidade paulista- Unip. (2020). Atuante como fisioterapeuta, No emulti pela zona ribeirinha (Esfr), Desde de abril de 2022. E-mail: [laurenmelo41@gmail.com](mailto:laurenmelo41@gmail.com)

### **LILIANE DA SILVA SOARES**

Graduação em Enfermagem pela faculdade Materdei, em 2015. Atualmente Coordenadora da Atenção Básica. Especialista em Obstetrícia. Email: [enfilianesoares@hotmail.com](mailto:enfilianesoares@hotmail.com)

### **LÍVIA DE CARVALHO CUADAL**

Graduação em Odontologia pela Universidade Nilton Lins, pós-graduada em ortodontia pela FUNORTE, 2016. Gestora da Unidade Básica de Saúde (UBS) Emile Tássia Abreu de Freitas. E-mail: [liviacuadal@yahoo.com.br](mailto:liviacuadal@yahoo.com.br)

### **LOUYSE MARIA RIBEIRO DE AZEVEDO**

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família (ESF). E-mail: [louyse.ribeiro@gmail.com](mailto:louyse.ribeiro@gmail.com)

### **MANOEL CETAURO DA FONSECA JÚNIOR**

Coordenador de Planejamento na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manicoré, graduado em Ciência da Computação com Especialização MBA em Gerenciamento de Projetos, MBA em Planejamento Estratégico e Inovação, e-mail: [manoeljuniorcfj@gmail.com](mailto:manoeljuniorcfj@gmail.com)



### **MANUEL DE OLIVEIRA GOMES NETO**

Graduado em Licenciatura e Bacharelado em Educação física pela Universidade Estadual do Amazonas - UEA. Pós-graduação em Suplementação Esportiva Aplicada a Saúde, Atividade Física e Desporto. Educador Físico da Saúde eMulti/Nasf e Coordenador da eMulti. E-mail: **manos\_mani@hotmail.com**

### **MARCONDES FERREIRA BRASIL**

Técnico em Vigilância em Saúde com ênfase em Agente de Combate as Endemias. E-mail: **gme.manicore@yahoo.com.br**

### **MARIA ADRIANA MOREIRA**

Graduada em Enfermagem. Especialista em Gestão e Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde. Atua como Secretária Municipal de Saúde. Mestranda pelo PROFSAUDE/FIOCRUZ AMAZÔNIA. E-mail: **adrianamoreira2005@yahoo.com**

### **MARIA CIVITA DOCE DE MORAES**

Graduação em Serviço Social. Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Saúde. Especialização em Saude Mental. Gerente do CAPS Manicoré. Email: **cividademoraes@hotmail.com**

### **MARIA DA GLORIA VIANA DOS SANTOS**

Atualmente Sub-Gerente de endemias do Distrito do Santo Antônio do Matupi. Enfermeira. Especialista em Geriatria e Gerontologia- UNOPAR e Especialista em Gestão em Saúde Pública- Faculdade Unina. E-mail: **gme.manicore@yahoo.com.br**

### **MARIA EDIVANE MOTA DOS SANTOS**

Agente Comunitária de Saúde. Técnica em Agente Comunitária de Saúde da Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza. E-mail: **edivanemota0@gmail.com**

### **MARIA EDUARDA SOUZA FREITAS**

Psicóloga graduada pelo Centro Universitário do Norte (UniNorte) em 2022. Atuou no NASF na Estratégia de Saúde da Família Nazaré/Capananzinho e eSFR de Democracia. E-mail: **mariaeduardasouza58@gmail.com**

### **MARILES BENTES DA SILVA**

Enfermeira graduada pela UniNorte em 2013. Atualmente Coordenadora de Vigilância em Saúde. Especialista em Gestão em Programas de Saúde da Família- FAT. Email: **marilesbentes.semsa@gmail.com**

### **MATHEUS BRENO DA SILVA GIMA**

Enfermeiro, graduado pela Universidade NILTON LINS. Atualmente coordenador das equipes de saúde da família ribeirinha. E-mail: **matheusbreno096@gmail.com**

### **MATHEUS REGO PINTO**

Enfermeiro - eSFR da Democracia. Graduado em enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO). Enfermeiro na equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), polo de Democracia. E-mail: **matheusregopinto@gmail.com**

### **MESRAIM SALEF ROCHA DO ROSÁRIO**

Cirurgião-Dentista, graduado pelo Centro Universitário do Norte - Uninorte. Atualmente coordenador de Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manicoré. E-mail: **salefmesraim@gmail.com**

### **MILENA DA CONCEIÇÃO FERREIRA**

Nutricionista, graduada em Nutrição pela FAMETRO Manaus/AM. Atualmente, Coordenadora de Nutrição da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré/AM. e-mail: **milenamcf23@gmail.com**

### **NAIMA AUXILIADORA BENLOLO BARBOSA**

Graduação em Enfermagem pela Fametro em 2017. Especialização em Urgência e Emergência. Coordenadora de Educação Permanente de Manicoré. Email: **naimabenlolo@hotmail.com**

### **ODETE DE FRANÇA VIEIRA**

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Manaus, na Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Pós-Graduada em Saúde Coletiva e Vigilância Epidemiológica pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA, Manaus-Am, Brasil, **odetevieiratec.tur@gmail.com**

### **PAULO ROBSON OLIVEIRA DE MACEDO**

Técnico em Vigilância em Saúde com ênfase em Agente de Combate as Endemias. E-mail: **gme.manicore@yahoo.com.br**

### **PAULO VAN ROY**

Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Maranhão (UEM). Médico Clínico Geral E-mail: **vanroypaulo@gmail.com**

### **PÉRICLES VALE ALVES**

Graduado em Ciências: Matemática e Física. Mestre em Ciências Ambientais. Atualmente é aluno de doutorado em Ciências Ambientais pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Federal de São Carlos. É professor do magistério superior na Universidade Federal do Amazonas. E-mail: **periclesmat@ufam.edu.br**

### **RAIMUNDA NONATA OLIVEIRA DA GAMA**

Agente de combate a endemias, formação em Microscopia pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). E-mail: **nonatagama@gmail.com**

### **RAÍZA BRITO CAMPOS**

Farmacêutica formada pela UniNorte, 2017. Atual na Coordenação da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). E-mail: **raizabritowpff@gmail.com**

### **RODRIGO TULEMAN ALVES DE PAULA**

Graduado em Enfermagem pela Universidade Paulista (Unip), atuante na Estratégia de Saúde Ribeirinha de Manicoré na ESF Verdum. E-mail: **entuleman20@gmail.com**

### **ROSIVAL ELEUTERIO VAZ**

Técnico de Enfermagem, graduado pela Liceu de Ensino Contemporâneo. Ocupa o cargo de gerente da Unidade Básica de Saúde Lorival Dias de Souza. E-mail: **rosivaleleuterio vaz@gmail.com**

### **SABRINA ARAÚJO DE MELO**

Graduação em Biomedicina. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia. Coordenadora da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano de (Vigiagua). Email: **sabrinaamello65@gmail.com**

### **SABRINA RODRIGUES CAMPOS**

Enfermeira, formada pela Faculdade de Rondônia Faro em 2015. Especialista em Obstetrícia e Ginecologia- FINCA-RO. Enfermeira da ESF na Unidade Básica de Saúde Lourival Dias. E-mail: **tetebina35@gmail.com**

### **SANDRA REGO SANTANA**

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Graduação em Enfermagem, Pós-Graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde Indígena, Capacitação em Urgência e Emergência, Manaus - Am, Brasil, **sandrantonelly@hotmail.com**

### **SHEYSA FURTADO MOTA BIANCHIN**

Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família, Graduação em Odontologia pela Universidade Do Norte - Uninorte, Manaus - Am, Brasil, **shesafurtado@yahoo.com.br**

### **SILVIA GIMA PERIN**

Graduação em Ciências econômicas pela Universidade Estadual do Amazonas - UEA. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Paulista - Unip. Pós-graduação em docência de nível superior. Pós-graduação em fisioterapia dermatofuncional. Pós-graduação em fisioterapia aquática. Pós-graduação em fisioterapia do trabalho e

ergonomia. Fisioterapeuta geral e-mult/Nasf. Coordenadora de práticas integrativas complementares em saúde - Pics. E-mail: **silviagperin@hotmail.com**

### **TALITA CARVALHO DA SILVA**

Médica, revalidada pela Universidade Federal do Mato Grosso. Pós-graduada em Gerontologia/Gestão da Assistência ao Idoso, Saúde Pública e da Família. E-mail: **talitacarvalhodasilva@gmail.com**

### **TEREZINHA LEMOS GOMES NETA**

Graduada em Fisioterapia pela faculdade Unip. E-mail: **netaterezinha559@gmail.com**

### **TIAGO NOVAES PINHEIRO**

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2003) é especialista, mestre e doutor em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (2009). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Patologia Bucal, Estomatologia e Cirurgia, atuando principalmente nos seguintes temas: citotoxicidade e toxicologia de materiais dentários, reabsorções dentárias, transplantes dentários e diagnóstico de lesões bucais. Atualmente é professor associado da Universidade do Estado do Amazonas-UEA onde é responsável pelo serviço de Anatomia Patológica e Patologia Bucal, além de compor as disciplinas de Patologia Bucal e Estomatologia. E-mail: **tpinheiro@uea.edu.br**

### **THYAGO LENNON DE ANDRADE MOTA**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA), 2019. Pós graduação em Auditoria em Serviços de Saúde pelo IPOG (2022) e Administração Hospitalar pela UNIP (2021). Atua como médico do telemedicina e realiza atendimentos na UBS Lourival Dias de Souza. E-mail: **thyagolennon@icloud.com**

### **VALDENICE MENEZES DO NASCIMENTO**

Agente Comunitária de Saúde na Unidade Básica de Saúde Nilton Pereira de Oliveira. Graduada em serviço social pela FAVENI. E-mail: **menezesvaldenice12@gmail.com**

### **VALTER PACHECO DIAS**

Agente Comunitário de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Agente Comunitário de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. cursou ensino médio. E-mail: **valterpachecodias@gmail.com**

### **VANESSA COLARES MAGALHÃES ALVES**

Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Pós-graduação lato sensu em Saúde Pública (UNIP). Atualmente coordenadora de Educação Permanente em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manicoré. E-mail: **nessah.colares@gmail.com**

**VANESSA NOGUEIRA DA COSTA**

Técnica de enfermagem, atua como Agente Comunitária de Saúde - ACS na UBS João Pereira de Oliveira, e-mail: **vanogcosta33@gmail.com**

**WILLIAM PEREIRA SANTOS**

Biólogo. Especialista em Citologia Clínica e Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva. Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4257173148402129>. E-mail: **pereirasantoswilliam85@gmail.com** ; ORCID: 0000-0002-7858-8671

**ZULEIKA KAROLINE DOS REIS MOTA**

Graduação em Fonoaudiologia pelo Centro Universidade do Norte - UNINORTE 2009. especialista em Gestão em Saúde, atuando como gerente da UBS Nilton Pereira de Lima, e-mail: **zुकareismota@gmail.com**

MANICORE



AMAZONAS





UBSF NOSSA SENHORA DAS DORES

VIAGEM BARCA DE MADRE FUNAL DE UNICOR



MANKORE

MANKORE AM

# e-livre



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)

O livro que temos em mãos nasce de um momento participação social que foi a Primeira Mostra de experiências dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde do município de Manicoré. O título do livro foi inspirado na 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023, que teve como tema *"Garantir direitos, defender o SUS, a vida e a democracia - Amanhã vai ser outro dia!"*. Portanto, o livro inicia na perspectiva de uma escrita coletiva e participativa, que também podemos denominar de Educação Permanente em Saúde porque houve uma reflexão e uma sistematização sobre o fazer e o saber no contexto do trabalho, percorrendo diferentes caminhos da gestão até a comunidade ribeirinha mais distantes. A caminhada foi coletiva, com muitas mãos, vozes, corpos, rostos, imagens e relatos, ou seja, foi um grande mutirão de produção do conhecimento a partir do lugar do trabalho e da gestão nos mais distintos territórios de Manicoré.

