



Série Saúde & Amazônia, 30

# A SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA:

redes de pesquisa, formação  
e situações de saúde e  
condições de vida

**ORGANIZADORES:**

Júlio Cesar Schweickardt  
Alcindo Antônio Ferla  
Leandro Giatti





Série Saúde & Amazônia, **30**

**ORGANIZADORES:**

Júlio Cesar Schweickardt

Alcindo Antônio Ferla

Leandro Giatti

# A SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA:

redes de pesquisa, formação  
e situações de saúde e  
condições de vida

**1º Edição**  
**Porto Alegre, 2024**  
**Rede UNIDA**



**REALIZAÇÃO:**

**PPGVIDA**



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD** INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DORNES  
FIOCRUZ Amazônia



**USP**  
Universidade  
de São Paulo



**APOIO FINANCEIRO**



Ministério da  
Educação



## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

## Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrove, 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).  
**João 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).  
**Maria Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).  
**Maria Augusta Nicolì** (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

**S255** A Saúde Coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida.

**Organizadores:** Júlio Cesar Schweickardt; Alcindo Antônio Ferla e Leandro Giatti.

**1.ed.** - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2024.

**ISBN:** 978-65-5462-158-8

**404 p.** (Série Saúde & Amazônia, v.30).

**DOI:** 10.18310/9786554621588

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Educação Continuada. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**NLM WA 18  
CDU 376**

## 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

**Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Leandro Giatti.**

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
**Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252**  
**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 de chamada específica para docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA e para instituições parceiras. O livro surgiu da parceria do PROCAD Amazônia, na parceria entre o PPGVIDA/Instituto Leônidas e Maria Deane e Programa de Saúde Coletiva da UnB e Programa de Saúde Pública da USP. O livro teve o financiamento da CAPES pelo Programa PROCAD.

# A SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA:

redes de pesquisa, formação  
e situações de saúde e  
condições de vida

#### ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES/Governo Federal.

*"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - PROCAD-AMAZÔNIA - EDITAL 21/2018".*

*"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - PROCAD-AMAZÔNIA - EDITAL 21/2018".*

#### REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Leandro Giatti.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; FERLA, Alcindo Antônio; GIATTI, Leandro (org.). A Saúde Coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida. AM. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. (Série Saúde & Amazônia, v. 30). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-158-8

1º Edição  
Porto Alegre/RS 2024  
Rede UNIDA

editora



redeunida



# Sumário

## PREFÁCIO

<b>Coordenação do Programa Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Fiocruz Amazônia .....</b>	<b>10</b>
---	-----------

Ani Beatriz Jackisch Matsuura, Michele Rocha El Kadri

## PREFÁCIO

<b>Coordenação Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UnB, Brasília .....</b>	<b>12</b>
--	-----------

Ximena Pamela Díaz Bermúdez, Dais Gonçalves Rocha, Noemia Urruth Leão Tavares

## PREFÁCIO

<b>Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo .....</b>	<b>15</b>
---	-----------

Claudia RC Moreno, Adelaide C Nardocci, Kelly PK Olympio

<b>01</b> <b>Pesquisa e Formação em Saúde Coletiva: situações de saúde e condições de vida das populações da floresta e das águas .....</b>	<b>18</b>
---	-----------

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Leandro Giatti

<b>02</b> <b>O território líquido e as Redes Vivas de Saúde em uma Comunidade Flutuante no Amazonas .....</b>	<b>36</b>
---	-----------

Ana Paula de Carvalho Portela, Cleudecir Siqueira Portela, Júlio Cesar Schweickardt

<b>03</b> <b>O planejamento estratégico com redes vivas de um AIS em comunidades indígenas da Zona Norte de Manaus .....</b>	<b>62</b>
--	-----------

Aline Aparecida Ferreira Artini, Dúliana dos Santos Mendes, Júlio Cesar Schweickardt

<b>04</b> <b>Os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira, Amazonas .....</b>	<b>76</b>
---	-----------

Cristianne Bressan Vital de Souza, Júlio Cesar Schweickardt

<b>05</b> <b>Aproximações da atenção em saúde mental para o uso prejudicial de álcool na fronteira: reflexões do contexto amazônico .....</b>	<b>98</b>
---	-----------

Tiziana Bezerra Gerbaldo, José Leopoldo Ferreira Antunes

<b>06</b> <b>Avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa em uma Unidade de Saúde no município de Parintins, Amazonas .....</b>	<b>126</b>
--	------------

Darlane Valério Pinto Lopes

<b>07</b> <b>Propósito de vida em idosos do estudo da Saúde na Atenção Primária da População Amazônica (SAPPA) - no período da Covid-19 .....</b>	<b>134</b>
---	------------

Iasmin Machado Soares, Johrdy Amilton da Costa Braga, Yandra Alves Preste, Elisa Brosina de Leon, Anna Quialheiro, Hércules Lázaro Morais Campos

<b>08</b> <b>Avaliação de indicadores de qualidade laboratorial no enfrentamento do sarampo no Amapá, Brasil .....</b>	<b>146</b>
--	------------

Dúliana dos Santos Mendes, Aline Aparecida Ferreira Artini, José Joaquín Carvajal Cortés

# SUMÁRIO

- 09** **Políticas Públicas contra a Raiva Humana no Brasil, Colômbia e Peru** ..... 161  
*Larissa Ribas de Lima, Alessandra Ferreira Dales Nava, Alessandra Favacho*
- 10** **Virulência de Candida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas** ..... 181  
*Giselle Diniz Guimarães Siqueira, Daniela Marinho da Silva, Marla Jalene Alves, Alexander Moreira Siqueira, Vinicius Medeiros Amorim de Meira Lins, Lia Mizobe Ono, Ormezinda Celeste Cristo Fernandes*
- 11** **Saúde e globalização na floresta urbanizada: os desafios de Ponta de Pedras - Ilha do Marajó - Pará** ..... 198  
*Viviana Mendes Lima, Lucas de Sousa Santos, Helena Ribeiro*
- 12** **As práticas integrativas e complementares em saúde em Parintins à luz da política nacional de saúde** ..... 216  
*Hívila de Oliveira da Silva, Gladson Rosas Hauradou, Dayara Araújo de Negreiros, Patrícia de Paula Barros Moraes, Lorena Rosa Xavier*
- 13** **Mulheres indígenas do Alto Rio Negro e a pandemia de Covid-19: aprendizados para a saúde coletiva** ..... 225  
*Dulce Meire Mendes Moraes, Júlia Kaori Miai Tomimura, Elizângela Silva Costa, Francineia Fontes, Bruno Marques, José Miguel Nieto Olivar*
- 14** **Diálogos e cosmopolíticas em saúde e ambiente no Antropoceno: cooperação em pesquisa e pós-graduação envolvendo comunidades indígenas ameaçadas por mudanças globais** ..... 253  
*Leandro Luiz Giatti, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Lenin Alfonso Morales, Mayra Costa Rosa Farias de Lima, Raniele Alana Lima Alves*
- 15** **Perspectivas da Interculturalidade no enfrentamento da COVID-19 em uma Aldeia na Região de Fronteira Norte: resistência e diálogos produzindo saúde para adiar o fim do mundo** ..... 271  
*Raynara de Araújo Evangelista, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Alline Aparecida Pereira, Allan Charles Pereira*
- 16** **Complexidade, comunicação, circulação de informações e educação permanente em saúde: diálogos e monólogos no enfrentamento à pandemia em territórios amazônicos** ..... 290  
*William Pereira Santos, Tânia Aparecida de Araújo, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla*
- 17** **Vigilancia comunitaria en salud y resistencia decolonial en la comunidad indígena Yaracá-Vaupés** ..... 313  
*Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez, Johanna Gonçalves Martín, Alcindo Antônio Ferla*
- 18** **Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Cuidados Intermediários na Amazônia** ..... 331  
*Túlio Batista Franco*

# ÁRIO

<b>19</b>	<b>Inserção fluvial na Amazônia e o cuidado multidisciplinar às populações ribeirinhas:</b> as impressões de residentes em saúde .....	<b>341</b>
	<i>Murilo Santos de Carvalho, Emanuele Pozzebon Caurio, Larissa Rizzi Souza de Oliveira, Maiara Kunzler, Luana Schmitz, Camila Melo Diogo Soler, Guilherme Barbosa Shimocomaqui</i>	
<b>20</b>	<b>Formação em pesquisa participativa em saúde:</b> conectando Universidades para avançar na equidade regional na Pós-Graduação em Saúde Coletiva .....	<b>370</b>
	<i>Dais Gonçalves Rocha, Nilza Rogéria Nunes, Júlio Cesar Schweickardt, Leandro Luiz Giatti, Marco Akerman</i>	
	<b>ANEXO</b> .....	<b>381</b>
	<b>SOBRE ORGANIZADORES, AUTORAS E AUTORES</b> .....	<b>388</b>

**Ani Beatriz Jackisch Matsuura  
Michele Rocha El Kadri**

***Coordenação do Programa Condições de Vida e Situações de Saúde na  
Amazônia, Fiocruz Amazônia***

**E**ste livro é um motivo de comemoração porque é uma produção de docentes e discentes na Amazônia, com a participação de parceiros de outras instituições e porque nos traz um panorama das pesquisas realizadas na região. A coletânea é fruto da colaboração com instituições de fora da Amazônia, Programa de Saúde Pública da USP e Programa de Saúde Coletiva da UnB, que fazem parte do projeto PROCAD Amazônia, com financiamento da CAPES.

Estamos em meio ao debate sobre o mercado da produção científica, um mercado que gera lucros de bilhões para os grupos de revistas internacionais, conforme a matéria da Revista Piauí (edição 212 de maio de 2024). Uma estratégia de enfrentar esse mercado capitalista das publicações científicas foi promover o que foi denominado de “*ciência aberta*” ou publicações de acesso livre e gratuito, como é o caso dessa coletânea que faz parte da Série Saúde & Amazônia, da Editora Rede Unida. A divulgação da ciência se tornou um mercado lucrativo, especialmente quando os pesquisadores e os Programas são avaliados pela métrica quantitativa, ou seja, pelo número de artigos por doutor. Caímos no “*canto da sereia*”, pois tentamos nos amarrar no mastro como Ulisses, para escutar o canto sem nos jogarmos nas águas. Por isso, o desafio de olharmos para outras formas de divulgarmos as ciências, não somente pelas estratégias de “*devolutivas*” para a sociedade, de fato incorporando os sujeitos de pesquisa também como sujeitos de conhecimento.

A nossa região amazônica na sua imensidão traz tanta diversidade (humana, animal, cultural, geográfica...) o que leva também a uma problemática diversa relacionada à saúde. O presente livro traz uma pequena mostra das possibilidades de pensar o território amazônico, as diferentes metodologias e abordagens, os referenciais e os efeitos sobre as políticas de saúde da região, especialmente no Sistema Único de Saúde e para as populações amazônicas. O PPGVIDA está comemorando a sua 100<sup>o</sup> defesa de mestrado, o que signifi-

fica centenas de pessoas participantes de pesquisas que tiveram em alguma medida seus cotidianos impactados pelo Programa. Muitos campos, muitas viagens e escritas. Nem toda apreensão desses fragmentos de vida cabem em um artigo ou capítulo de livro, mas tem muitos significados para os discentes que passaram pelo Programa, trazendo novas perspectivas de vida e trabalho na região. Assim, temos muito de qualitativo e de interpretativo nas experiências da formação em saúde coletiva na Amazônia.

Os textos trazem trabalhos dos alunos do Programa Vigifronteiras, que tem a participação do PPGVIDA com os Programas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), destacando pesquisas desenvolvidas em Tabatinga, Amapá, Uapés (Colômbia) e Manaus. Ainda outros territórios foram palco de pesquisas como Ilha de Marajó (PA), São Gabriel da Cachoeira, Parintins e Coari (AM) e em território líquido como foi o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e da Comunidade Flutuante Catalão, no município de Iranduba (AM).

Os trabalhos apresentam diferentes metodologias, com populações indígenas na cidade, mulheres, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, residentes, sabedores e conhecedores indígenas, idosos, usuários da saúde mental. A diversidade de temas mostra a potência das pesquisas, abrindo caminhos para novas perguntas de pesquisa na região.

Por fim, temos uma obra que nasce de uma relação de parceria e solidariedade (PROCAD) que fortalece o nosso PPGVIDA, pois colocamos em divulgação nossas produções e nossos modos de existir e ser na Amazônia. Esse é o nosso sonho, de promovermos uma formação cada vez mais inclusiva e politicamente comprometida com os povos da floresta, das águas, dos campos e cidades.

**Ximena Pamela Díaz Bermúdez**  
**Dais Gonçalves Rocha**  
**Noemia Urruth Leão Tavares**

**Coordenação Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UnB, Brasília**

**A** Amazônia, nome simbólico e vasto em significados como vasto seu território. Faz ecoar na voz dos seus protagonistas e intérpretes uma polifonia de representações sociais que povoam o imaginário social daqueles que constituem seus habitantes originários, ricos em cosmovisões e na capacidade de organização de formas de vida que persistem em recriar-se, em que pese todas as impossibilidades da voracidade e opressão das formas de colonização secular do seu território.

O livro “*A Saúde Coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida*”, que organizam os colegas Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla e Leandro Giatti, a ser publicado pela editora Rede Unida, é um valioso documento científico, político-programático e histórico que interpreta criticamente o papel da ciência nesse território vivo. Olha nas profundezas de suas populações e geografias, que tocam fronteiras alhures dessa região que é conhecida globalmente como o grande pulmão do mundo, em um conjunto de estudos que descrevem e analisam as configurações sociais, culturais e epidemiológicas de diversos grupos sociais, grupos etários, grupos étnicos e seus padecimentos em saúde, pondo em evidência uma visão ampla e articulada da saúde coletiva, em seus objetos, métodos, técnicas e produção de conhecimentos. Mas não só, ao longo dos seus 19 capítulos temáticos, os autores nos conduzem pelo interior do território da Amazônia e nos trazem conteúdos históricos da ocupação e do papel das instituições científicas e acadêmicas que atuam na região e que hoje vemos articuladas em amplas redes de pesquisadores, muitos dos quais são pessoas das diversas populações e municípios da Amazônia, produzindo conhecimentos sobre eles próprios e não mais somente como interlocutores. Componentes essenciais do campo da saúde coletiva como a política, planejamento, gestão e avaliação estão presentes em cinco capítulos.

A perspectiva decolonial, a visão de gênero e a preocupação com a saúde mental transitam nos estudos sobre mulheres, idosos e os efeitos da pandemia de Covid-19. Além disso, tópicos como interculturalidade, educação, fronteiras e globalização fazem jus ao momento excepcional do mundo contemporâneo que precisa se debruçar nas respostas que teremos para as mudanças climáticas e as emergências em saúde pública que se aproximam, mais cedo que tarde. Doenças crônicas, organização hospitalar, cuidados multiprofissionais, vigilância em saúde, doenças infecciosas e práticas integrativas em saúde abrangem o amplo leque de temas abordados nesta coletânea.

Para as autoras deste prefácio, que integramos o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília-UnB, e que tivemos a feliz oportunidade de participar em algumas atividades desta frutífera cooperação universitária no âmbito do PROCAD Amazonia, é uma grande alegria poder compartilhar aqui a relevância desta parceria. A primeira delas talvez seja ter contado com a possibilidade de trocas acerca de nossos territórios, a Amazônia e o Cerrado, onde nossa cidade está erguida. Professores, estudantes e pesquisadores ampliaram seus mapas referenciais de trabalho ao dividir conteúdos e experiências de pesquisa em diversos temas e na aproximação a novos horizontes epistemológicos. Para muitos de nós Brasília e a Amazônia foram realidades concretas que pudemos vivenciar na especificidade de nossos programas de pós-graduação, na formação ampliada de equipes de pesquisa, na produção de artigos e livros, na realização de seminários, reuniões, orientações e bancas examinadoras, salas de aula virtuais e presenciais. Avançar na pós-graduação em Saúde Coletiva no país, significa reconhecer as diferenças regionais e culturais e fazer delas forte aliada para a luta contra as desigualdades sociais e a pobreza. A troca de conhecimentos locais amplia a produção acadêmica conjunta e ilumina o caminho da excelência acadêmica que almejamos.

Sobretudo, é importante reconhecer o quanto o PROCAD Amazonia pôde favorecer a mobilidade de docentes oportunizando pós-doutoramento, professores visitantes e participação em cursos de curta duração de abrangência internacional e nacional. O professor em pós-doutoramento no nosso programa ofertou a disciplina Tópicos Especiais Em Saúde Coletiva 1- Saúde e Amazônia e, atualmente, ao findar do PROCAD, também segue sustentável a oferta conjunta da disciplina Abordagens Participativas da Pesquisa em Saúde. Neste primeiro semestre de 2024, 21 estudantes do Programa de Mestrado Acadêmico em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPG-VIDA), no Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz/Amazônia e do Programa de Doutorado em Saúde Pública na Amazônia - DASPAM em conjunto com 15 estudantes dos Programas Pós-Graduação da UnB .no formato online têm am-

pliado o leque de referenciais teórico-metodológicos mediante a articulações de saberes e práticas pautadas por abordagens participativas e tecnologias sociais comprometidas com a promoção da equidade em saúde.

Desta forma, desenvolvemos uma agenda comprometida com o enfrentamento das iniquidades regionais da pós-graduação em Saúde Coletiva e investimos no fortalecimento da cultura institucional em Pesquisa Qualitativa. Que nossos programas possam ser fortalecidos com experiências como estas onde todos temos algo a aprender e a ensinar e, especialmente, produzir conhecimentos da natureza desta publicação, com reflexividade crítica, redução das disparidades sociais e reparação epistêmica.



# PREFÁCIO:

**Claudia RC Moreno**  
**Adelaide C Nardocci**  
**Kelly PK Olympio**

***Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública,  
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo***

**F**oi com imenso prazer que recebemos a versão final do livro “A Saúde Coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida”, resultado do PROCAD entre o Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública – USP e o Instituto Leônidas & Maria Deane - ILMDFiocruz Amazônia, Programa de Pós-Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA e Universidade de Brasília - UnB, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Os 19 capítulos deste livro revelam um retrato da Saúde Coletiva na Amazônia, além do quanto a formação de redes e parcerias de pesquisa contribuiu para a formação de profissionais e para o conhecimento das condições de vida e saúde da população local.

Organizado pelos professores Júlio Schweickardt, Alcindo Ferla e Leandro Giatti, o livro abrange questões de políticas de saúde, desde equipamentos, como hospitais de pequeno porte, até estratégias de enfrentamento a diversas doenças, como Covid-19, sarampo, raiva humana e candidíase. Esse universo amplo, abordado no livro, passa também por uma discussão sobre redes vivas de saúde em populações amazônicas, como comunidades flutuantes, indígenas e ribeirinhas, de diferentes faixas etárias, incluindo idosos. Por fim, a relevância e as práticas da Política Nacional de Saúde são abordadas, assim como os desafios da globalização na chamada floresta urbana.

Mais detalhadamente, pode-se dizer que o capítulo 1 introduz o tema central do livro, a partir de um breve relato de seus organizadores de como se deu a formação de profissionais no campo da Saúde Coletiva na Amazônia. Já o capítulo 2 apresenta o conceito de território e a singularidade territorial da Amazônia, discutindo a ideia de território líquido com sua diversidade étnica e racial. O capítulo 3 discute resultados de uma análise situacional a partir das Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde (AIS). A partir de

relatos de experiências vividas por mulheres que vivem com HIV, o capítulo 4 mostra como a pandemia de Covid-19 afetou o acesso dessas mulheres ao atendimento ao serviço de HIV no município de Tabatinga, estado do Amazonas. O capítulo 5 apresenta resultados de uma pesquisa realizada em um contexto de tríplice fronteira (Brazil-Peru-Colômbia), com grande fluxo de pessoas, no qual se evidencia um consumo nocivo de álcool.

Pesquisas que focam faixas etárias específicas também foram incluídas no livro. O capítulo 6, por exemplo, apresenta uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, a partir de uma unidade piloto do município de Parintins escolhida para consolidar as informações e possibilitar a identificação de problemas mais significativos para a qualidade de vida dessa população. O capítulo 7 traz uma discussão pertinente e relevante sobre a saúde emocional e o propósito de vida dessa faixa etária, tema ao qual tem se dado pouca atenção no campo da saúde.

Doenças transmissíveis como o sarampo, raiva e candidíase constituem o escopo de três capítulos, capítulos 8, 9 e 10, respectivamente. No capítulo 8, foram avaliados indicadores de qualidade laboratorial no enfrentamento do sarampo no estado do Amapá. O capítulo 9 apresenta um levantamento do contexto das políticas públicas contra a raiva humana do Brasil, Colômbia e Peru e de seus resultados alcançados. Por sua vez, o capítulo 10 apresenta resultados de uma pesquisa sobre a distribuição de *Candida* e da produção das enzimas extracelulares proteinase, fosfolipase, urease e hemolisina, durante o tratamento radioterápico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

O resultado de uma tese de doutorado do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da USP é apresentado no capítulo 11. A tese foi um estudo de caso no município de Ponta de Pedras, localizado na ilha de Marajó, no estado do Pará, para retratar o processo de produção da saúde na região. Partindo de uma abordagem qualitativa, o capítulo 12 é resultado de uma pesquisa de campo sobre Práticas Integrativas e Complementares no sistema oficial de saúde do Município de Parintins/AM, localizado na região do Baixo rio Amazonas, estado do Amazonas.

Os capítulos 13, 14 e 15 são voltados à população indígena e abordam o enfrentamento à Covid-19 (Capítulos 13 e 15) e a cooperação em pesquisa e pós-graduação envolvendo comunidades indígenas ameaçadas por mudanças globais (Capítulo 14). Ainda em relação à pandemia de Covid-19, o capítulo 16 apresenta uma reflexão sobre o tema da comunicação no âmbito da saúde em territórios complexos (no território líquido), buscando a dimensão micropolítica do enfrentamento à pandemia. O capítulo 17, complementa a discus-

são sobre a comunicação em saúde, ao mostrar a relevância da contribuição de saberes indígenas para a vigilância em saúde.

A partir de uma observação e análise de recursos já existentes, como os hospitais de pequeno porte, o capítulo 18 propõe aumentar a potência do cuidado, ampliar seu alcance e mobilizar as comunidades como protagonistas no acolhimento de uma rede de cuidados intermediários. Por último, o capítulo 19 apresenta ações desenvolvidas por profissionais de saúde e a comunidade, bem como os processos de trabalho da equipe e sua articulação com a rede de atenção às populações ribeirinhas.

A Amazônia tem se tornado cada vez mais central para o Brasil e o mundo, por um lado pela importância da maior floresta tropical para a regularidade do clima e para a proteção da biodiversidade, e por outro por ser uma das últimas fronteiras a ser compelida pela força da destruição dos modos predadores de produção de energia, da mineração e do agronegócio que avançam sobre a floresta, seus povos e seus modos de vida. Assim, este livro é uma contribuição de inestimável importância neste momento em que conhecer, discutir e fortalecer a qualidade de vida e saúde dos povos da Amazônia é ainda mais fundamental. Além disso, é um produto concreto de como a cooperação acadêmica entre programas de pós-graduação pode ampliar e fortalecer redes de pesquisa, mesmo em momentos difíceis como o da pandemia de COVID-19. Que a beleza, a complexidade e a riqueza da Amazônia, continuem inspirando redes de pesquisa e esforços como esse, em busca da sua proteção e da melhoria da qualidade de vida e saúde de seus povos.

# Pesquisa e Formação em Saúde Coletiva:

situações de saúde e condições de vida das populações da floresta e das águas



**Júlio Cesar Schweickardt**  
**Alcindo Antônio Ferla**  
**Leandro Giatti**



## INTRODUÇÃO

**A** Amazônia mobiliza nosso imaginário, que vai desde as origens do seu nome (as Amazonas do mito grego), até as discussões sobre meio ambiente e populações originárias. A história da Amazônia tem um percurso que se expressa pelos relatos dos colonizadores, cientistas, naturalistas, padres e viajantes que cruzaram a região, iniciando pelo relato de Aguirre, que desceu o rio Solimões numa balsa, cena bem ilustrada no filme *“Aguirre: a cólera dos deuses”* (Werner Herzog, Alemanha Ocidental, 1972). No entanto, esta é a história dos colonizadores, pois o lugar que passou a ser chamado de Amazônia era território de muitos povos originários, que, na sua maioria, foram exterminados ou condenados ao trabalho do colono europeu ou para remar rios acima atrás das drogas do sertão, como bem descreve o jesuíta João Daniel, na sua obra *“O tesouro descoberto do Rio Amazonas”*.

A Amazônia recebe esse nome no início do século XX, ganhando um status de região, pois antes tinha outros nomes como Vale do Amazonas, como está descrito no relatório de Carlos Chagas, na sua viagem em 2011 e 2012 à Amazônia (Schweickardt & Lima, 2009).

O tema da transformação da natureza, tão presente em Os sertões, torna-se ainda mais acentuado na descrição dos cenários amazônicos. Aparente-

mente monótonos, eles se mostravam aos poucos instáveis e surpreendentes. A história daquele paraíso perdido — título que Euclides da Cunha imaginou para o livro que não chegaria a escrever — era revolta como a do rio, e a natureza uma opulenta desordem, desafiadora tanto a poetas como a cientistas (Schweickardt & Lima, 2012).

Estamos vivendo o cenário das mudanças climáticas com as enchentes no Rio Grande do Sul, em setembro de 2023 e maio de 2024, e a seca na Amazônia no segundo semestre de 2023. Dois eventos de proporções catastróficas que são mais frequentes e intensos. Não há resposta fácil para tais fenômenos, mas uma coisa sabemos, não há como negar os alertas das ciências, precisamos *“olhar para cima”*, parafraseando o nome do filme que tratou do negacionismo científico (*“Não olhe para cima”*, Adam McKay, Estados Unidos, 2021). Vivemos esse mesmo episódio sobre as vacinas no período da Covid-19 e o Kit-Covid divulgado e praticado por um governo e profissionais que exerciam a necropolítica. Assim, temos uma nova tarefa como cientistas, que é epistêmica e metodológica: produzir uma ciência com as pessoas e a população, fazendo uma ciência, uma produção coletiva, com um pensamento eticamente aderido aos lugares de fala das pessoas nos territórios, e de forma participativa com as ideias e as características locais. No tempo de esgotamento da capacidade interpretativa da ciência normal, disciplinar e eurocêntrica, que nos acompanhou nos últimos séculos, uma saída paradigmática é a aliança entre saberes e práticas que protagonizam o cotidiano nos diferentes territórios (Luz, 2023). O pensamento complexo também é aquele que toma o cotidiano e seus problemas para inovar nas respostas, considerando inovação na sua dimensão micropolítica, ou seja, soluções situadas (Ferla, 2021).

Portanto, a micropolítica da inovação chama a atenção para os aspectos que se desencadeiam a partir das relações entre a ciência normal e os territórios. Fazem-se borramentos de fronteiras do conhecimento oficial e hibridismos disciplinares que não se furtam à densidade do método da ciência, que se faz com novas perguntas e novas alianças. Não há negação da ciência e tampouco dogmas. Mas há movimentos que nos colocam novas questões, evidenciando e superando colonialismos, preconceitos estruturais da cultura e da vida cotidiana, novos arranjos disciplinares e novas fronteiras do conhecimento oportuno para produzir novas saúdes e novas possibilidades de existir. Os modos extrativistas e predatórios das relações homem e natureza, por exemplo, são postos em xeque quando se analisa a ciência nômade, mesclada de saberes tradicionais, que jamais aderiram à separação homem e natureza. O que se quer acentuar aqui é que novas alianças produzem a superação das fronteiras iniciais em direção a novos horizontes. Este livro é a materialidade dessa relação produtiva e solidária.

Este livro faz parte do projeto Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (PROCAD Amazônia/CAPES) que envolve três instituições: Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) do Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB); Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP USP). O projeto iniciou em 2019 com uma oficina sobre as principais necessidades e as possibilidades de cooperação entre as três instituições.

**O projeto definiu os seguintes objetivos:** 1) Desenvolver modelos analíticos capazes de subsidiar pesquisas em saúde coletiva, a poiar o planejamento, execução e gerenciamento de serviços e ações de controle e o monitoramento de doenças e agravos de interesse sanitário e do Sistema Único de Saúde na Amazônia; e, 2) Planejar, propor e utilizar métodos e técnicas para executar investigações em saúde, mediante o uso integrado de conceitos e recursos teórico metodológicos advindos da saúde coletiva, biologia parasitária, epidemiologia, ciências sociais e humanas aplicadas à saúde, comunicação e informação em saúde e de outras áreas de interesse acadêmico, na construção de desenhos complexos de pesquisa sobre a realidade amazônica.

A pandemia de Covid-19 interrompeu as atividades planejadas, trazendo novas demandas para a pesquisa e a formação. Assim, os docentes e discentes participaram de projetos e de publicações sobre o tema da Covid-19. Destacamos que as atividades acadêmicas passaram a ser remotas, permitindo a realização de disciplinas, grupos de discussão sobre projetos e publicações compartilhadas entre as instituições. Ou seja, o objetivo da cooperação vem sendo alcançado, mesmo diante da adversidade pandêmica.

Por fim, esta obra apresenta recebe textos de diversas instituições na Amazônia e de pesquisadores que fazem parte do projeto PROCAD, mostrando as possibilidades de pesquisas em redes que fortaleçam a formação em saúde coletiva na Amazônia. Os textos mostram a potência dos estudos na e sobre a região, mas com desafios importantes no fortalecimento dos grupos de pesquisa na perspectiva decolonial e de visibilidade das produções realizadas por docentes e discentes nos territórios da Amazônia.



## A CIÊNCIA NOS TRÓPICOS AMAZÔNICOS

A ciência na Amazônia foi sendo adensada ao longo dos três últimos séculos, principalmente no que se refere às doenças tropicais e ao estudo antropológico. Inicialmente, a Amazônia despertava o interesse pela diversidade ambiental, pela população tradicional e pelas doenças tropicais,

sendo que, progressivamente, novas abordagens interdisciplinares começam a se desenvolver, marcadas por temáticas amazônicas e por abordagens metodológicas mais híbridas.

No século XIX a instituição da memória mais importante no Amazonas foi sem dúvida o Museu Botânico do Amazonas, dirigido por Barbosa Rodrigues, que posteriormente se destacou na direção do Jardim Botânico no Rio de Janeiro. O Museu foi criado no período da Província do Amazonas com o apoio da Princesa Isabel e de José Paraguá, que, em 1882, convidou o botânico Barbosa Rodrigues a elaborar um plano para a criação de um Museu no Amazonas.

Em 1884, o diretor se dispôs a participar da comissão de pacificação dos índios Krichanás no rio Jauaperi, no atual Estado de Roraima. A Comissão teria duplo objetivo, segundo relatório de Paranaguá, coletar e estudar os produtos da região para o Museu e participar do diálogo com os índios. A Comissão publicou trabalho “*A pacificação dos Krichanás*”, em que narra a história, vocabulário, aspectos etnográficos e arqueológicos. Em fins de 1885 o Museu já tinha 1.103 objetos etnográficos de 60 tribos do Amazonas, 1.283 espécies vegetais. Posteriormente, Barbosa Rodrigues publica a Revista Velosia com as pesquisas realizadas no Amazonas.

No mesmo período temos a criação do Museu Paraense Emílio Goeldi, em Belém, estado do Pará, que se tornou a instituição científica mais antiga da Amazônia. Seguiu a mesma lógica do Museu Botânico do Amazonas, com o objetivo de ser um espaço da pesquisa da ciência moderna, aplicando os princípios da pesquisa laboratorial, aplicada na Europa. A Instituição criou o Boletim do Museu Paraense de História Natural e Etnografia, para divulgar as pesquisas e para estabelecer intercâmbio com cientistas do velho mundo (Sanjad, 2005).

A Escola Universitária Livre de Manaus é considerada por alguns como a primeira universidade do Brasil, sendo criada em 1909, quando a economia da borracha já dava sinais de crise (Schweickardt, 2011). Posteriormente, a instituição foi denominada como Escola Universitária de Manaus. Na década de 1960, vai se transformar na Universidade do Amazonas (UA), com a criação de diversos cursos, dentre eles, o curso de medicina. Posteriormente, passa a ser denominada como Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

A *Liverpool School of Tropical Medicine* tinha dois laboratórios nos trópicos: um em Manaus e outro em Freetown, Sierra Leoa, na África. O *Manaos Research Laboratory* era referência para os serviços de parasitologia, que eram realizados em colaboração com o Serviço Sanitário do Estado. A *Liverpool School of Tropical Medicine* realizou duas expedições à Amazônia: a terceira e a décima quinta. A primeira viagem aconteceu em 1900 e seu destino foi Belém; a outra ocorreu em 1905 a 1909, a Manaus. As duas expedições estudaram a febre amarela, pois as condições sanitárias e os índices da doença nas duas cidades tornavam esses

agravos bem expressivos. Em Manaus, a expedição ampliou a sua análise para as características geográficas da cidade e a relação com os aspectos sanitários, principalmente em relação às doenças tropicais (Schweickardt, 2011).

No início do Século XX, tivemos duas expedições científicas que marcaram a imagem sobre a Amazônia, uma de Oswaldo Cruz, em 1910, e outra de Carlos Chagas, em 1912-1913 (Cruz, Chagas & Peixoto, 1972). As viagens faziam parte dos projetos de desenvolvimento econômico da Primeira República, com a construção de estradas de ferro e outra com a tentativa de recuperar a economia da borracha. Os relatórios dessas duas expedições criaram imagens de uma região entregue às doenças, especialmente à malária, que Oswaldo Cruz chamou de “*duende da Amazônia*”, mas também cumpriam com uma agenda de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), sediado no Rio de Janeiro (Schweickardt & Lima, 2007).

Na década de 1950 foi criado o Instituto Nacional de Pesquisa na Amazônia (INPA) com a promessa de produzir conhecimento sobre a floresta amazônica. A sua criação se deu na polêmica sobre a internacionalização da Amazônia por meio do Instituto Internacional da Hiléia Amazônica (IIHA), que tinha o envolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU). A proposta era ser um laboratório internacional, para responder aos interesses de países como Bolívia, Peru, Equador, Colômbia, Venezuela, França, Grã-Bretanha e Holanda. O Instituto tinha como objetivo de realizar pesquisas na botânica, da química, da zoologia, da geologia, da meteorologia, da antropologia e da saúde. A criação do IIHA fazia parte dos planos de Getúlio Vargas para a Amazônia no pós-guerra (Magalhães & Maio, 2007). Por fim, com o fim do projeto IIHA, foi criado o INPA com financiamento do governo brasileiro e tem se mantido ativo com pesquisas sobre o bioma amazônico.

Cabe destacar a criação da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), em 1949, no âmbito do Serviço Saúde Pública (SESP), que atuava na região Amazônica. A Escola estava vinculada ao Ministério da Saúde, mas, posteriormente, foi incorporada à Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e ao Ministério da Educação.

As pesquisas no campo da saúde tiveram um incentivo e investimento do Estado do Amazonas, com a criação do Instituto de Medicina Tropical, em 1973, que depois se transforma em Fundação de Medicina Tropical, coordenando pesquisas na área dos principais agravos da região. Em seguida, outras fundações são criadas para responder a situações específicas, com características de integração entre serviço, ensino e pesquisa.

Destacamos a criação da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), em 2000, quando passou a realizar a formação de médicos, odontólogos e en-

fermeiros na capital Manaus, trazendo como inovação a política de cotas para o interior do Estado. A UEA foi investindo na formação de seu corpo docente e atualmente tem diversos grupos de pesquisa e coordena um Programa de Mestrado em Saúde Coletiva e o polo do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Apesar dos esforços de criação de uma faculdade de medicina nos princípios do século XX, foi somente na década de 1960 que nasce a faculdade de medicina, sendo berço para o surgimento de instituições no Estado do Amazonas. Na área da formação em saúde coletiva, a UFAM integrou a Rede PRO-FSAÚDE em 2023. No entanto, a UFAM participou da formação dos principais quadros de pesquisadores do Estado, em nível de especialização, mestrado e doutorado, em cooperação com a Fiocruz, especialmente com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e com Fiocruz Amazônia.

Antes da criação do SUS, os serviços estavam voltados para responder aos problemas de saúde, especialmente das doenças endêmicas na região, com a centralização em ações do governo do Estado do Amazonas ou em Programas Nacionais (Schweickardt *et al.*, 2017). Com a criação do SUS, em 1990, inicia uma abordagem de fazer saúde, explorando os aspectos da prevenção e da promoção da saúde através da Política Nacional da Atenção Básica. As instituições continuarão a realizar pesquisas básicas, mas um novo cenário se abre para as pesquisas em torno das dinâmicas e processos de saúde e doença pelas ciências sociais e humanas.

Nesse cenário, a Fiocruz Amazônia em Manaus é criada em 1994, com o propósito de realizar pesquisas em duas grandes áreas, biodiversidade e sócio-diversidade em saúde. Na criação do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMDF foi realizado um Seminário para realizar a escuta dos pesquisadores e lideranças da região para discutir e elaborar a identidade da Fiocruz na Amazônia.

O Seminário sugeriu dois caminhos para a pesquisa: sócio-diversidade em saúde e a biodiversidade em saúde, com a intenção de interagir com outras instituições de pesquisa e Universidades. Enfim, o esforço de criar uma instituição científica na Amazônia não foi para disputar os espaços e os recursos para a produção do conhecimento na e sobre a região, mas foi para se somar às respostas aos problemas que são complexos e múltiplos. Os grupos de pesquisa foram se fortalecendo juntamente com o fortalecimento das instituições com as redes de pesquisa e da formação. Os dois caminhos também passam a constituir a Amazônia como origem de conhecimentos e tecnologias, pela visibilidade a abordagens teóricas e metodológicas, mas também pela formação de redes científicas que ocupam e constituem o desenvolvimento do território, superando a perspectiva da Amazônia como fonte de dados (Ferla, 2024).

Entre outros indicadores de êxito nos percursos da ciência amazônica, importante destacar a série editorial “*Saúde & Amazônia*”, da Editora Rede Unida, que publica e dissemina conhecimentos que estimulam “*a reverberação das vozes da Amazônia nos pensamentos sobre a Amazônia*” (Ferla, 2024, p. 132). A Série, co-editada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), já ultrapassa os 30 títulos publicados desde a criação, em 2015, consolidando a produção científica em redes nacionais e internacionais.

## A FORMAÇÃO NA AMAZÔNIA NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA

A formação no nível Pós-graduação na área da saúde coletiva é algo recente no Amazonas, quiçá na Amazônia, iniciando com um sistema de parcerias com instituições nacionais e internacionais. Os cursos foram importantes para firmar as ações da Fiocruz na região. No nível *Stricto sensu*, houve uma turma fora de sede do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) para uma turma de mestrado. A formação tinha como objetivo principal formar pesquisadores na área da saúde pública para a atuação na docência e na pesquisa das instituições da Amazônia Ocidental (Celedônio Fernandes *et al.*, 2014). Antes disso, houve a formação de especialistas em saúde pública, também pela ENSP, quando foram formados diversos sanitaristas que atuavam na gestão da saúde.

Os cursos de *Lato sensu* contribuíram para inserção da Fiocruz na região amazônica, especialmente para contribuir com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, como foi o caso de cursos de saúde pública para gestores, qualificação de gestores, educação permanente para gestão regionalizada, orçamento e planejamento, saúde da mulher, saúde mental e reforma psiquiátrica, vigilância em saúde, gestão pública, gestão do trabalho e educação em saúde, saúde ambiental, saúde indígena. Além de cursos com caráter mais acadêmico como história da saúde e antropologia da saúde. Destacamos que duas turmas de Jornalismo Científico foram realizadas em parceria com a FAPEAM e ICTI/Fiocruz para a formação de jornalistas das instituições científicas e das instituições privadas de comunicação. Esses cursos fortaleceram a relação com a gestão municipal e estadual de saúde, além de fomentar as linhas de pesquisa da instituição, especialmente no campo da saúde coletiva, como por exemplo, estudos sobre saúde ribeirinha, fluvial e rural, saúde e medicina indígenas, vigilância comunitária, saúde mental e bem viver, fluxo de atenção e cuidado nas regiões de saúde e calhas de rios, educação permanente em saúde, estudos de vetores e redes de diagnóstico.

Nos anos 2003 e 2004, o Departamento de Ciência & Tecnologia em Saúde – DECIT, Ministério da Saúde, coordenou encontros com instituições de ensino

e pesquisa da Amazônia, gerando o Acordo Multilateral entre Instituições de Ciência e Tecnologia em Saúde da Amazônia. Desse acordo, saiu a proposta de criar um programa de formação na região Norte que tinha um histórico de poucos programas na área da saúde. Assim, surge, em 2005, o Mestrado Acadêmico, denominado “*Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia*” - PPGSEA.

O PPGSEA foi um consórcio entre a Universidade Federal do Amazonas - UFAM como proponente, em associação com Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazonas e Universidade Federal do Pará - UFPA. A UFPA se retira do PPGSEA em 2012, para submeter uma APN à Capes para criação do seu Programa, que está ativo até os dias atuais.

O PPGSEA foi cadastrado na área Interdisciplinar da CAPES devido à área de pesquisa dos seus docentes na área de concentração caracterizada como Determinantes Biossociais do Processo Saúde-Doença na Amazônia, contemplada em três linhas de pesquisas nos campos da Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários, Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, Sócio Antropologia e História da Saúde e da Doença na Amazônia. O PPGSEA já tinha como característica uma formação em pesquisa com o SUS, centrada em parcerias importantes com instituições da Amazônia por meio da FIOCRUZ. *“No planejamento apresentado, há perspectivas seguras de desenvolvimento futuro, porém não identificam articulações internacionais, especialmente com países que integram a grande Amazônia”* (Ficha de Avaliação CAPES, 2010).

O PPGSEA recebeu uma nota 4 na avaliação do triênio 2007 a 2009, conforme do relatório da CAPES (2010), quando o colegiado e as instituições decidiram pela criação de um curso de doutorado, em 2013. No entanto, houve um conflito de interesses entre UFAM e Fiocruz que levou à não implantação do doutorado, sendo que a Fiocruz decidiu se retirar do Programa, ficando somente com a UFAM. O PPGSEA passou a ser vinculado à Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEF), encerrando as suas atividades com a última turma em 2015. A parceria UFAM, UFPA e ILMD tinha formado 103 mestres, com 183 alunos matriculados, até 2013.

Cabe destacar que foi realizado, em nível de doutorado, duas turmas de Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Saúde Pública, realizada em Manaus, em parceria com os Programas de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP e com o Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco e a Instituto Fernandes Filgueiras - Fiocruz RJ. Os egressos da primeira turma eram servidores das instituições de Ensino e Pesquisa do Amazonas, e passaram a compor o quadro de docentes dos Programas de Mestrado.

*“A primeira turma do doutorado em Saúde Pública contribuiu com a titulação de 11 doutores para a região. A partir de 2010, ampliou-se o consórcio*

com os Programas de Epidemiologia em Saúde Pública e Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz - Rio de Janeiro, para a oferta de uma segunda turma com 14 alunos”, que defenderam as suas teses em 2014 e 2015 (Celedônio Fernandes *et al.*, 2014, p. 317). Os egressos da segunda turma formaram pesquisadores das instituições de ensino e pesquisa (ILMD, UEA, UFAM), mas também dos serviços de saúde, com destaque da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.

Em 2021, o Instituto Leônidas & Maria Deane-ILMD Fiocruz, a Universidade Estadual do Amazonas- UEA e a Universidade Federal do Amazonas-UFAM se consorciaram para implantar o Programa de Doutorado em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM). O Programa está na sua terceira turma, tendo 31 alunos matriculados e somente uma egressa, que recebeu o prêmio da melhor tese da Fiocruz na área da saúde coletiva. Em 2024, está sendo ofertada 16 vagas para uma quarta turma. A proposta se alinha à missão institucional que é de fomentar redes de cooperação entre docentes e discentes das instituições partícipes e de promover inovações em Ciência, Tecnologia e Inovação na região Amazônica.

Em 2014, foi aprovado pela CAPES a instalação do Programa em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) e iniciou as atividades em 2015. Inicialmente a APCN foi submetida a área Interdisciplinar da CAPES, mas foi encaminhada para a área de concentração da Saúde Coletiva, exigindo uma adaptação das linhas, disciplinas e projetos para esta área do conhecimento.

O PPGVIDA tem duas linhas de pesquisa: a) Fatores sócio biológicos no processo saúde-doença na Amazônia. *“Esta linha une pesquisadores das áreas biológica e social para o estudo das condições de vida e situação de saúde das populações amazônicas, bem como a identificação de fatores de transmissão, virulência, mecanismos imunológicos e desenvolvimento de estratégias de prevenção, monitoramento e controle de doenças de interesse para a região”*; b) Linha 2: Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situações de vulnerabilidade. *“As atividades desta linha visam a realização de estudos quali-quantitativos desenvolvidos mediante o entrecruzamento da história, gestão, organização e monitoramento das políticas, serviços e programas oficiais de saúde com as práticas e concepções de populações amazônicas sobre saúde, cuidados, adoecimentos e morte”*<sup>1</sup>.

O PPGVIDA se orienta pelo Plano de Desenvolvimento Institucional da Edu-

---

1 - As informações sobre o PPGVIDA estão disponíveis no site do ILMD: [https://amazonia.fiocruz.br/?page\\_id=20439](https://amazonia.fiocruz.br/?page_id=20439)

cação da Fiocruz (PDIE) que tem como objetivos:

Contribuir para a diminuição das desigualdades regionais em relação à formação de pessoal; atuar na formação dos trabalhadores do SUS, em todos os níveis educacionais, pautada pelas necessidades de saúde da população e garantindo a integração ensino-serviço-comunidade; ampliar o papel da Fiocruz como Escola de Governo na formação para o SUS; construir de forma democrática e participativa uma política de internacionalização da educação; investir em abordagens pedagógicas inovadoras favorecendo a articulação interdisciplinar; fortalecer e ampliar as experiências e práticas de educação a distância, obedecendo a política de acesso aberto; formular uma política institucional de assistência estudantil, mantendo políticas afirmativas e inclusivas e definindo estratégias de acompanhamento e apoio ao estudante cotista; formular uma política de acompanhamento ao egresso; fortalecer a perspectiva dos direitos humanos nas ações educacionais (princípios de igualdade, não discriminação, transparência e participação social, dentre outros) (Fiocruz, 2020, p. 62).

Nesse sentido, o Programa se alinha à essas orientações políticas da Fiocruz nacional quando tem contribuído fortemente para a formação de trabalhadores e trabalhadoras do SUS, além de ofertar turmas específicas em regiões de fronteira e de estudantes indígenas. Os egressos do PPGVIDA atuam nas secretarias municipais e estaduais de saúde na gestão de políticas e de programas do SUS. Cabe destacar que a atual secretária de Saúde do Amazonas é egressa do Programa.

Além do processo regular de seleção anual, o PPGVIDA participou, em 2021, do Programa VIGIFRONTIERS, realizado em parceria com a Escola de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), com apoio do Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). No PPGVIDA foram selecionados 15 alunos da Fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, exigindo uma grande inovação metodológica e pedagógica. Desses, 11 concluíram as suas dissertações com temas diversos da fronteira, possibilitando a inclusão de pessoas dos serviços que atuam nessa região. Está prevista um novo processo seletivo no segundo semestre de 2024.

Destacamos que, em 2023, foi realizada uma seleção exclusiva para alunos indígenas da região do Alto Rio Solimões (fronteira com Peru e Colômbia). Foram selecionados 15 anos de diferentes etnias e formações. A formação para indígenas surgiu do compromisso do PPGVIDA e Instituição com esta população, pois apesar dos processos seletivos possuírem cotas para indígenas, essas quase não são preenchidas.

Em publicações de artigos científicos, houve um crescimento significativo nos últimos anos: em 2018 foram 36; em 2019 - 34; 2020 - 50; 2021 - 57; 2022 - 48. Considerando o Qualis CAPES, foram publicados 84 artigos em A1; 31 em A2; 28 em A3; 32 em A4; 20 em B1, entre 2018 e 2022. A média da produção dos docentes é de 198,5 pontos por ano. Se contabilizarmos a produção em livros e capítulos de livro, essa média será bem maior, pois há uma tradição de publicações em formato de livros na subárea das ciências sociais e humanas da saúde coletiva. Destacamos a Série Saúde e Amazônia que tem publicado sobre diferentes temas da região amazônica, inclusive a partir das dissertações dos alunos do PPGVIDA. Segundo Alcindo Ferla (2023, p. 132), a ideia da Série “*Não se tratava de um lugar de fala, mas das falas dos lugares amazônicos, onde são produzidos múltiplos discursos, muitos silenciados há muito tempo*”.

Por fim, destacamos que os projetos de pesquisa desenvolvidos pelos docentes e discentes do Programa tem respondido à agenda de prioridades de pesquisa e formação do Ministério da Saúde e outros níveis de gestão como: Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), Formação de trabalhadores e trabalhadoras que atuam no cuidado das populações do Campo, Floresta e Águas, VIGIFRONTIERS, pesquisa sobre a saúde ribeirinha e sobre as Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), na Vigilância em Saúde com destaque ao diagnóstico e no monitoramento das endemias amazônicas. Além disso, os docentes têm construído uma maior capacidade de captação de recursos de Agências de fomento como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e CNPq. Assim, os projetos apresentam resultados relevantes para o fortalecimento das políticas públicas de saúde e do SUS.



## O CONTEÚDO DA COOPERAÇÃO SOBRE SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA

A partir do histórico de desenvolvimento de pesquisas e de criação e estabelecimento de programas de pós-graduação voltados à saúde coletiva no Amazonas, e com importância e expressão para a região amazônica, este livro compila experiências, pesquisas e cooperações pertinentes, contribuindo para uma visão da complexidade da saúde coletiva neste amplo e diferenciado território. No conteúdo dos 18 capítulos subsequentes a este texto introdutório, apresentamos uma ampla visão sobre temas pertinentes e atuais, além de resultados que representam produção a partir de cooperação de redes de pesquisa, dialogando com questões de situações de saúde e condições de vida na Amazônia.

Dessa maneira, o conteúdo do livro se inicia por um tema crucial, fundante da discussão. No capítulo *“O território líquido e as Redes Vivas de Saúde em uma Comunidade Flutuante no Amazonas”*, de Ana Paula de Carvalho Portela, Cleudecir Siqueira Portela e Júlio Cesar Schweickardt, a fluidez e as contingências no território vivo são colocadas a partir da perspectiva do ritmo das águas, da sazonalidade. Consiste, portanto, da singularidade elementar do território, enquanto condicionante que demanda inovação à altura, no caso, cartografias legítimas, participativas, em uma comunidade do Rio Negro, constituindo Redes Vivas na Produção do Cuidado em Saúde.

De maneira muito convergente e complementar, Aline Aparecida Ferreira Artini, Diúliana dos Santos Mendes e Júlio Cesar Schweickardt desenvolvem contribuição no texto *“O planejamento estratégico com redes vivas de um AIS em comunidades indígenas da Zona Norte de Manaus”*. Neste texto, os autores também destacam a natureza dinâmica de redes de colaboração de distintos atores sociais em ambiente urbano, dentro de uma perspectiva inovadora e muito peculiar de uma capital amazônica, no caso, Manaus, com desafiadora presença indígena multiétnica (35 distintas etnias) e destaque para a importância dos agentes indígenas de saúde na cidade, inclusive na participação e na escuta apropriada por parte da atenção à saúde.

Transversalizando quanto a maior crise sanitária dos últimos cem anos e seus desdobramentos na Amazônia, o capítulo *“Os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira, Amazonas”*, de Cristianne Bressan Vital de Souza e Júlio Cesar Schweickardt, detalha experiências de mulheres que convivem com o HIV na tríplice fronteira da região de Tabatinga/AM, explorando efeitos secundários da Covid-19 aos serviços de saúde. Questões de vulnerabilidade inerente ao meio transfronteiriço são apresentadas sob uma perspectiva da resiliência das pessoas expostas, diante de mudanças sociais, desigualdades, inclusive de gênero, e emergência de saúde pública. Ainda na mesma região fronteiriça de Tabatinga, Tiziana Bezerra Gerbaldo e José Leopoldo Ferreira Antunes apresentam o texto intitulado *“Aproximações da atenção em saúde mental para o uso prejudicial de álcool na fronteira: reflexões do contexto amazônico”*. Uma pesquisa de campo com entrevistas e diálogos em campo gerou dados originais sobre as conexões entre o uso prejudicial do álcool e a saúde mental, ancorados no caráter social e contextual do fenômeno.

Tópicos inerentes ao envelhecimento e a saúde também estão presentes nesta obra. Em *“Avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa em uma Unidade de Saúde no município de Parintins, Amazonas”*, Darlane Valério Pinto Lopes aborda, por meio de metodologias ativas e dentre equipe multiprofissional um modelo de avaliação voltado a pessoas idosas para a Estratégia de Saúde da Família, no município de Parintins/AM. Em direção

a outras conexões da recente pandemia, lasmin Machado Soares, Johrdy Amilton da Costa Braga, Yandra Alves Preste, Elisa Brosina de Leon, Anna Quialheiro e Hércules Lázaro Morais Campos apresentam o texto *“Propósito de vida em idosos do estudo da Saúde na Atenção Primária da População Amazônica (SAPPA) – no período da Covid-19”*. Neste capítulo, analisam-se dados sociodemográficos da presença de propósito de vida em idosos na Atenção Básica à Saúde, no município de Coari/AM. O estudo conclui e corrobora com a concepção de como o propósito de vida se coloca como aliado para atenuar problemas de saúde e promover longevidade saudável, também destacando o potencial de intervenções inovadoras nesse sentido.

Dilemas e desafios da vigilância em saúde são notadamente relevantes na região amazônica, tendo em vista aspectos territoriais singulares e distintas precariedades. Em *“Avaliação de indicadores de qualidade laboratorial no enfrentamento do sarampo no Amapá, Brasil”*, Díuliana dos Santos Mendes, Aline Aparecida Ferreira Artini e José Joaquin Carvajal Cortés desenvolvem aspectos marcantes sobre a qualidade de diagnósticos laboratoriais na correta notificação enquanto subsídio para a vigilância epidemiológica e tomada de decisão mediante a riscos de surtos de sarampo. O estudo também contribui para uma compreensão ampliada sobre ações integradas entre múltiplas instituições e distintos níveis governamentais para o cumprimento de metas de vigilância em saúde. Na sequência e na convergência, integração de ações são destacadas enquanto componente relevante para contenção do risco de uma doença transmissível muito preocupante no contexto amazônico. Assim, Larissa Ribas de Lima, Alessandra Ferreira Dales Nava e Alexsandra Favacho apresentam o capítulo *“Políticas Públicas contra a Raiva Humana no Brasil, Colômbia e Peru”*, em que dados sobre casos de raiva são levantados nos três países, assim como respectivas análises de políticas públicas.

Na combinação de agravos transmissíveis e doenças crônico-degenerativas, têm-se a contribuição do capítulo *“Virulência de Candida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas”*, de autoria de Giselle Diniz Guimarães Siqueira, Daniela Marinho da Silva, Marla Jalene Alves, Alexsander Moreira Siqueira, Vinicius Medeiros Amorim de Meira Lins, Lia Mizobe Ono e Ormezinda Celeste Cristo Fernandes. O estudo colabora com a compreensão de aspectos associados à aplicação de radioterapia e presença de distintas espécies de Candida.

O território amazônico é historicamente conectado e afetado por ciclos de exploração de recursos conectados globalmente, nesse sentido, Viviana Mendes Lima, Lucas de Sousa Santos e Helena Ribeiro apresentam o capítulo *“Saúde e globalização na floresta urbanizada: os desafios de Ponta de Pedras – Ilha do Marajó – Pará”*. Com os dados da pesquisa que origina o texto,

verifica-se uma interessante relação de comoditização do açaí produzido em um pequeno município com mudanças relevantes na economia e nos determinantes locais da saúde da população.

Também perspectivas sistêmicas e socioculturais são foco de estudos e abordagens em capítulos deste livro. Por exemplo, em *“As práticas integrativas e complementares em saúde em Parintins à luz da política nacional de saúde”*, Hívila de Oliveira da Silva, Gladson Rosas Hauradou, Dayara Araújo de Negreiros, Patrícia de Paula Barros Moraes e Lorena Rosa Xavier investigam essas possibilidades em Parintins/AM com abordagem qualitativa. Uma ampliação de cosmovisões e ações viáveis para enfrentamento da crise pandêmica se coloca a partir do capítulo *“Mulheres indígenas do Alto Rio Negro e a pandemia de Covid-19: aprendizados para a saúde coletiva”*, de autoria de Dulce Meire Mendes Moraes, Júlia Kaori Mai Tomimura, Elizângela Silva Costa, Francineia Fontes, Bruno Marques e José Miguel Nieto Olivar. No relato de experiência, os autores demonstram a potência da mobilização de mulheres indígenas e de saberes tradicionais para o enfrentamento de uma crise emergente sem precedentes, marcada por precariedades e desgoverno em ações institucionais.

Enquanto proposição metodológica, Leandro Luiz Giatti, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Lenin Alfonso Morales, Mayra Costa Rosa Farias de Lima e Raniele Alana Lima Alves apresentam o texto *“Diálogos e cosmopolíticas em saúde e ambiente no Antropoceno: cooperação em pesquisa e pós-graduação envolvendo comunidades indígenas ameaçadas por mudanças globais”*. No texto, duas propostas de pesquisa-ação se colocam como alternativas à perspectiva sócio-ecológica sobre mudanças ambientais globais que afetam populações indígenas. Em grande sintonia, na sequência se apresenta o capítulo *“Perspectivas da Interculturalidade no enfrentamento da COVID-19 em uma Aldeia na Região de Fronteira Norte: resistência e diálogos produzindo saúde para adiar o fim do mundo”*, de Raynara de Araújo Evangelista, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Alline Aparecida Pereira e Allan Charles Pereira. Em um distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Solimões, os autores analisam medidas sanitárias de equipes multiprofissionais considerando o foco no cuidado sensível aos aspectos culturais de uma população da etnia Ticuna.

Em *“Complexidade, comunicação, circulação de informações e educação permanente em saúde: diálogos e monólogos no enfrentamento à pandemia em territórios amazônicos”*, William Pereira Santos, Tânia Aparecida de Araújo, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Júlio Cesar Schweickardt e Alcindo Antônio Ferla também contribuem com um olhar holístico neste livro. Considerando aspectos do território líquido da Amazônia, os autores dedicam-se ao estudo de fluxos comunicacionais, negacionismo e posturas erráticas governamentais com impactos na adesão ou rejeição a medidas de controle e a vacinas contra a Covid-19.

Ainda na valorização determinantes inerentes à diversidade sociocultural, o capítulo *“Vigilancia comunitaria en salud y resistencia decolonial en la comunidad indígena Yararacá-Vaupés”*, de autoria de Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez, Johanna Gonçalves Martín e Alcindo Antônio Ferla, também assinala aspectos de interesse a partir de saberes populares. Saberes sobre eventos sazonais e cronológicos e conhecimentos ecológicos são indicados por sua pertinente contribuição a processos colaborativos de vigilância em saúde e de entendimento sobre processo saúde-doença.

Em *“Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Cuidados Intermediários na Amazônia”*, alternativas territorialmente referenciadas são apresentadas como possibilidades de ganho de eficácia e eficiência na atenção à saúde. O autor, Túlio Batista Franco, ressalta a importância do cuidado próximo às comunidades, capaz de contribuir, inclusive, com a redução dos custos dos serviços de saúde. Novamente dialogando com o território amazônico e suas peculiaridades, o conteúdo do livro se encerra no capítulo *“Inserção fluvial na Amazônia e o cuidado multidisciplinar às populações ribeirinhas: as impressões de residentes em saúde”*. Os autores, Murilo Santos de Carvalho, Emanuele Pozzebon Caurio, Larissa Rizzi Souza de Oliveira, Maiara Kunzler, Luana Schmitz, Camila Melo Diogo Soler e Guilherme Barbosa Shimocomaqui, exploram elementos do trabalho e do estágio de residência de profissionais da saúde em Unidades Básicas de Saúde Fluviais no estado do Pará, relatando adaptações dos serviços necessárias ao território, que é cronicamente carente de serviços e com marcantes vulnerabilidades.

Por fim, o capítulo que encerra a coletânea é o relato da experiência sobre a disciplina de *“Abordagens Participativas em Saúde”*, realizada simultaneamente em três instituições de ensino: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNB, ILMD/FIOCRUZ/Amazônia e Faculdade de Saúde Pública/USP. A disciplina trouxe referências da Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (CBPR - Community-based participatory research) e Empoderamento na perspectiva da Promoção da Saúde. Destacamos que a disciplina foi planejada e realizada por docentes das três instituições em três territórios diferentes e simultâneos: Brasília, Manaus e São Paulo. A experiência, acontecida antes da pandemia de Covid-19, serviu de experiência e referência para as instituições nas metodologias de aprendizagem que conectam pessoas de diferentes lugares. Além disso, a disciplina trouxe importantes referenciais para pesquisas de natureza participativas, que tiveram desdobramentos nas dissertações dos estudantes da pós-graduação brasileira.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muniz Sodré (2023), no livro “*O Fascismo de Cor*”, traz uma ideia interessante quando analisamos as pessoas e suas existências, não somente as estruturas sociais ou seus determinantes. Propõe que ao invés de olharmos para os “*pontos de vista*”, pudéssemos olhar para os “*pontos de vida*” ou os “*pontos de existências*”, pois assim podemos de fato incorporar as vidas e existências das pessoas que vivem subjogadas e silenciadas. Nosso desafio é promover conhecimentos na produção visibilidades e dizibilidades para tantas vidas e existências na Amazônia “*encoberta*” pelas lógicas racistas, preconceituosas, exploratórias dos corpos dos negros e indígenas, do apagamento e demonização das práticas e saberes das medicinas indígenas, dos ritos e mitos.

Olhar o ponto de vista das vidas é um desafio para a pesquisa, respondido parcialmente pelas abordagens participativas, pois precisamos fazer mais força para incluir pessoas negras, indígenas, ribeirinhas, seringueiras, extrativistas, do campo, da floresta nos Programas de Pós-Graduação. Somente com a inclusão do ponto de vista das existências é que podemos fazer a justifica social, sem isso, estamos apenas reforçando os mecanismos da colonialidade do poder, do racismo e da branquitude.

A história das ciências na Amazônia foi uma história sobre os povos da floresta, mas sem eles e nem com eles, coletando, interpretando, analisando, escrevendo e publicando sempre sobre eles, com algumas exceções, imprimindo o “*ponto de vista*”, mas com as aspas, como uma fala a ser interpretada e “*discutida*”. Temos uma responsabilidade histórica de pensar uma ciência mais enegrecida, mais indigenizada, mais reflorestada, mais amazonizada que inclua os pontos de vida e existência, para a visibilidade dos tantos mundos possíveis.

Por isso, falamos que as ciências na e da Amazônia precisam promover as presenças, denunciar as ausências e anunciar as vidas e existências. As produções sobre as doenças, sobre as faltas e carências vão continuar porque isso fascina o pesquisador e o leitor. Nesse caso, o ruim é bom, como diz a máxima jornalística. Há uma pulsão de morte, como nos ensina Freud, que nos movimenta para o conflito. Olhar para as dimensões da vida é fazer parte do pouco provável porque não interessa “*aos conselhos editoriais*”. Paulo Freire nos ensina que precisamos da denúncia, pois as desigualdades e injustiças fazem parte do cotidiano, mas também precisamos do anúncio porque precisamos da esperança. Esperançar precisa ser um verbo, que gere ação e movimento, uma esperançar com diversas cores, línguas e existências.



## REFERÊNCIAS

- Celedônio Fernandes, C. F., Schweickardt, J. C., Stabeli, R. G., Moraes, M. O., Guilam, M. C. R., & Trindade Lima, N. V. (2014). A contribuição da Fundação Oswaldo Cruz para o ensino de pós-graduação na Amazônia Legal: experiências nos estados de Amazonas e Rondônia. **Revista Brasileira De Pós-Graduação**, 11(23). <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2014.v11.532>
- Cruz, O., Chagas, C., & Peixoto, A. (1972). **Sobre o saneamento da Amazônia. Manaus**, Philippe Daou.
- Ferla, A.A. (2023). Histórias, políticas públicas e saúde: quando o território amazônico assume a autoria no cuidado. In: Schweickardt, J. C. & Kadri, M. R. (org.). **Um laboratório produzindo inovações em saúde nas Amazonas: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.
- 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**, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez.
- Fiocruz. (2020). Fundação Oswaldo Cruz. **Plano de Desenvolvimento Institucional da Educação da Fiocruz: PDIE-Fiocruz 2021-2025** / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz.
- Luz, M.T. (2023). **Racionalidades e instituciones médicas**: Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: ÚNICA. 253 p. (Série Salud & Centroamérica, v.2).
- Magalhães, R. C. da S. & Maio, M. C. (2007). Development, science, and politics: the debate surrounding creation of the Instituto Internacional da Hí-léia Amazônica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, supplement, p.169-189, Dec.
- Passos, A. (1914). Relatório Geral da Universidade de Manaus. In: **Arquivos da Universidade de Manaus**. Ano IV, vol. IV, n. III. Manaus.
- Sanjad, N. (2005). A coruja de Minerva: o Museu Paraense entre o Império e a República, 1866-1907. **Tese de Doutorado**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Schweickardt, J. C. (2011). **Ciência, Nação e Região: As doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Schweickardt, J. C., & Lima, N. T.. (2007). Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, 14, 15–50. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000500002>
- Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lima, R. T. S. L. & Kadri, M. R. (2017). **História e política pública de saúde na Amazônia**. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. 214. – (Série Saúde & Amazônia).
- Sodré, M. (2023). **O Fascismo da Cor: uma radiografia do racismo nacional**. Petrópolis: Vozes.

# O território líquido e as Redes Vivas de Saúde em uma Comunidade Flutuante no Amazonas

Ana Paula de Carvalho Portela  
Cleudécir Siqueira Portela  
Júlio Cesar Schweickardt

## PALAVRAS INICIAIS

**A** Amazônia é diversa em suas características geográficas, históricas, sociais e culturais, marcada por processos históricos de ocupação e organização e povoada por distintos atores sociais que formam várias “amazônias” (Schweickardt *et al.*, 2016). Esta população marcada pela diversidade é composta por ribeirinhos, indígenas, caboclos, quilombolas, camponeses, extrativistas e outros, que vivem em terra firme, várzea ou literalmente sobre as águas, mas que também são populações que tiveram suas falas silenciadas no processo de colonização (Ferla, 2023).

O território amazônico é influenciado diretamente pelo ciclo das águas, fenômeno natural no qual, durante o ano, os rios enchem e secam, determinando e afetando diretamente a vida dos moradores. Este ciclo também afeta as duas grandes regiões naturais características da Amazônia, a terra firme e a várzea. A terra firme não é diretamente afetada pela cheia dos rios, enquanto a área de várzea é alagada todos os anos, podendo literalmente inundar as casas da região (Schweickardt *et al.*, 2016; Mendes *et al.*, 2008).

É neste cenário que os amazônidas produzem e reproduzem seu modo de vida, já que o regime das águas atua como mediador de sua vida social e cultural. O fenômeno da enchente e vazante regula uma considerável parte de sua rotina, incluindo trabalho e relações sociais (Kadri & Schweickardt, 2016; Schweickardt *et al.*, 2021). Este fenômeno não está associado a catástrofes,

mas é parte de um ciclo natural na rotina do caboclo-ribeirinho, no qual a água é um dos principais meios de vida. Assim, o território amazônico tem a característica de ser formado por uma realidade líquida, que atravessa a vida e as políticas públicas. Temos, portanto, um território líquido que é concreto, que se refere não somente aos limites ou barreiras geográficas, mas que produzem ligações e contatos entre as pessoas e entre as pessoas e as instituições (Schweickardt *et al.*, 2016; Schweickardt, Lima & Ferla, 2021).

A singularidade e extensão territorial da Amazônia constituem um desafio no que concerne à integração política, social e sanitária para o país. No que se refere à saúde, adaptar os modos de fazer saúde às necessidades deste contexto requer do gestor traçar estratégias muito específicas para cada situação vivenciada pela população, já que a política nacional não dialoga necessariamente com as realidades e particularidades loco-regionais (Kadri & Schweickardt, 2016; Kadri, Schweickardt & Freitas, 2022).

Olhando para a realidade amazônica, buscamos nos aproximar dos modos de vida de uma comunidade flutuante, composta por casas construídas literalmente sobre as águas, no Lago do Catalão, município de Iranduba/AM (Figura 01).

**Figura 01:** Primeiro Contato com a Comunidade.



**Fonte:** Júlio Cesar Schweickardt, 2017.

Explorar e descrever o modo de vida dos residentes da comunidade do Catalão permitiu compreender este grupo social dentro da sua especificidade, contribuindo para a produção de informações relevantes sobre os diferentes atores sociais que compõem a região amazônica e os modos singulares de viver nesse tipo de território. Portanto, o objetivo deste trabalho consiste em analisar a territorialidade de uma comunidade flutuante no rio Negro. Nos interessou compreender o uso do território dos residentes da comunidade do Catalão em relação ao ciclo das águas (seca e cheia).

A pesquisa foi submetida Plataforma Brasil e apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, em consonância às normas referentes às recomendações éticas e legais contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo a aprovação do CEP na data de 10 de março de 2017, sob o parecer consubstanciado N<sup>o</sup>: 1.958.713, CAAE: 64025316.1.0000.0005.



## O TERRITÓRIO LÍQUIDO E A TERRITORIALIDADE NA AMAZÔNIA

O conceito de território está atrelado a múltiplas e diferenciadas tradições de abordagem e de apropriação do espaço, evidenciando a polissemia do termo (Santos & Rigotto, 2011). As disciplinas acadêmicas, segundo Haesbaert (2006), abordam o território de diferentes modos: o geógrafo enfatiza a materialidade do território em suas múltiplas dimensões; a política destaca sua construção a partir de relações de poder; a economia como um fator locacional ou como uma das bases da produção; a antropologia foca na dimensão simbólica relacionada ao estudo das sociedades tradicionais; a sociologia aborda a partir da intervenção nas relações sociais em sentido amplo; e a psicologia incorpora-o na perspectiva da construção da subjetividade ou identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo.

O território pode ser considerado, ao mesmo tempo, um instrumento de poder e um valor de uso simbólico, identificador e existencial, sendo, portanto, ao mesmo tempo um território político e identitário (Haesbaert, 1997). O território está relacionado ao poder, no sentido mais concreto da dominação e no sentido simbólico de apropriação. O território enquanto “*espaço-tempo vivido*” é múltiplo, diverso e complexo, enquanto o território “*unifuncional*”, da lógica capitalista hegemônica é simplista e redutor da diversidade (Haesbaert, 2004).

A construção do cotidiano dos indivíduos se materializa no entorno de coisas que apresentam valor simbólico, e neste sentido, os territórios revelam o que os indivíduos são enquanto seres pertencentes a uma sociedade,

permitindo conhecer a si e ao outro (Saraiva, Carrieri & Soares, 2014). Neste sentido, o território é fruto de uma construção social afetado pela dinâmica e identidade formada historicamente a partir do próprio lugar, no sentido de possuir uma ligação direta com os indivíduos que o formam e que agem diretamente sobre as relações nele existentes. Assim, podemos identificar territórios múltiplos, envolvendo espaços culturais, políticos e sociais que influenciam formas particulares de uma identidade territorial (Zambrano, 2001). Por fim, é possível afirmar que a territorialidade está relacionada ao modo como as pessoas se apropriam, organizam e dão significado ao lugar.

A territorialidade incorpora a dimensão política, bem como as dimensões econômicas e culturais. A territorialidade, como um componente do poder, não é apenas um meio para criar e manter a ordem, mas também se constitui numa estratégia para criar e manter grande parte do contexto geográfico por meio do experimentamos o mundo e o dotamos de significado (Haesbaert, 2004, p. 3).

No que se refere ao território amazônico, há distintos territórios a depender os tipos de ocupação realizadas no decorrer da história, mas temos a Amazônia central e a oriental que é formada por uma grande diversidade de águas, rios, lagos, várzeas, igapós e paranás. Podemos denominar de Amazônia Ribeirinha (Sperber, 2012), que é formada, em grande parte, por duas grandes regiões naturais: terra firme e várzea. A terra firme não é afetada diretamente pelos rios, pois possui florestas altas e densas, além de savanas, cerrados e campos naturais. Por sua vez, a várzea é uma planície aluvial sujeita a inundações parciais ou totais que ocorre anualmente (Scherer, 2004; Schweickardt *et al.*, 2016). Pensar neste território requer considerar a dinâmica do lugar e seus complexos processos nos quais a água interfere de modo direto ou indiretamente a vida da população.

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

O território líquido é fortemente marcado pelo ciclo das águas, fenômeno natural em que os rios enchem e secam durante o ano, podendo ser subdividido em quatro períodos, definidos segundo critérios hidrológicos: seca, enchente, cheia e vazante (Bittencourt & Amadio, 2007). A seca tem seu ápice por volta do mês de novembro, seguido da enchente que inicia com as chuvas de novembro até o mês de julho, em que ocorre o auge da cheia e

início da vazante, quando as águas começam a baixar novamente. A posição geográfica também interfere neste ciclo, pois a cheia inicia no alto ou cabeceira dos rios e repercute sucessivamente à medida que o rio desce. Por este motivo as regiões dos rios são divididas em Alto, Médio e Baixo.

Viver na várzea requer constante reordenamento da rotina diária em virtude do ciclo das águas. No período da seca as casas ficam isoladas e de difícil acesso, pois os moradores precisam realizar longos percursos até chegar ao porto. A cheia muitas vezes inunda as casas obrigando os moradores a utilizarem maromba<sup>2</sup> para guardar seus pertences, transportarem os animais para terra firme ou colocá-los em currais flutuantes e mudarem suas atividades de agricultura para pesca (Schweickardt *et al.*, 2016; Me-deiros & Schweickardt, 2021).

A categoria território líquido foi se desenvolvendo nos múltiplos usos nas pesquisas, dissertações e teses do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/ILMD – Fiocruz Amazônia). Assim, deixou de ser uma metáfora e passou a ser uma categoria para pensar a Amazônia, com água ou sem água, ou seja, não está presa ao determinismo das águas e passou a ser utilizada como um modelo interpretativo das relações sociais, das políticas públicas e das dinâmicas da vida na relação com o território. O território líquido é uma categoria que nos ajuda a pensar nas dinâmicas dos usos dos espaços, mas também nos mobiliza para pensar nas diferentes práticas de cuidado e nos encontros com conhecimentos e saberes tradicionais.

O território líquido é constituído por uma grande diversidade humana, em termos de etnias, línguas, culturas, modos de vida e formas de expressão das suas saúdes, sendo que, algumas vezes, há híbridos com os saberes e fazeres oficiais, principalmente em problemas de saúde que pertencem às formas contemporâneas de organizar a vida. O território líquido tem sistemas locais de saúde que são produzidos cotidianamente por saberes e práticas tradicionais, pela resistência das suas gentes, pelo trabalho real e intensivo de atores dos sistemas oficial e popular (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021, p.42).

O território líquido não é um divisor-delimitador do espaço, mas se constitui num elo de ligação entre pessoas, serviços e instituições. É lugar de vida e significado, agenciador de encontros e energias das relações sociais e existenciais (Kadri, Schweickardt & Freitas, 2022). Muito diferente do que foi proposto pelo sociólogo Baumann, que criou a categoria líquido para analisar as relações sociais da modernidade, marcadas pela “liquidez” e “*de-composição*”, no sentido de “*derretimento*”.

---

2 - As informações sobre o PPGVIDA estão disponíveis no site do ILMD: [https://amazonia.fiocruz.br/?page\\_id=20439](https://amazonia.fiocruz.br/?page_id=20439)

Tendo em vista a vastidão do território amazônico, a distância que separa os moradores entre si e da sede dos municípios é outra característica a ser ponderada. Os meios de transportes fluviais determinam o tempo de deslocamento entre uma localidade e outra. Quanto mais potente o motor utilizado na embarcação, mais rápido se chega ao destino, tornando as distâncias relativamente “menores”. Neste caso, os períodos de cheia favorecem o deslocamento entre as localidades (Schweickardt *et al.*, 2016; Medeiros & Schweickardt, 2021).

Por fim, consideramos de grande importância a compreensão do uso do território que os moradores da comunidade do Catalão fazem em sua localidade, que relações estes estabelecem tanto com o espaço que ocupam quanto com os grupos sociais ali existentes, tendo em vista a natureza deste lugar que vivem é eminentemente líquida. As casas não estão somente sobre as águas, mas também se movimentam com ela e a vida segue o ciclo anual dos rios. O líquido está sob, entre e no meio da vida das pessoas, mediando os fazeres e os seres do lugar. Não podemos dizer que a relação é harmoniosa porque não é, pois a vida em si é repleta de lutas e conquistas. Porém, não podemos negar que é nesse lugar que as pessoas constituem as suas famílias, sendo, portanto, o seu lugar e a sua vida.

## REDES VIVAS NO TERRITÓRIO LÍQUIDO DO CATALÃO

O lago do Catalão é parte do município de Iranduba e está localizado próximo à confluência dos rios Negro e Solimões (Figura 03), a 3km de distância do porto da CEASA em Manaus, e a mais de 30km da sede de Iranduba. Está conectado ao rio Solimões através de um curto canal no período da enchente, e raramente fica desconectado do Rio Negro. Como a maioria dos lagos em área de várzea na Amazônia, este lago aumenta ou diminui de tamanho de acordo com o nível dos rios adjacentes. Nas secas mais intensas, este lago resume-se a uma pequena área denominada “poção”, mas ainda permanece ligado ao Rio Negro (Leite, Silva e Freitas, 2006). O acesso se dá unicamente por embarcação, sendo a mais comum a conhecida como rabeta (Figura 02), pois é mais econômica por gastar menos combustível.

**Figura 02:** O acesso à Comunidade.

**Fonte:** Júlio Cesar Schweickardt, 2017.

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

A pesquisa de campo ocorreu no período de dezembro de 2016 a outubro de 2017, dividida em quatro etapas: mapeamento das casas-flutuante, identificação das famílias, entrevistas com moradores e entrevistas com profissionais de saúde. Na primeira etapa, utilizamos Sistema de Posicionamento Global (GPS) para marcar cada flutuante e identificar as residências, pontos comerciais, igrejas e outros locais de uso da comunidade em dois momentos, no auge da seca e posteriormente no ápice da cheia. Os pontos marcados no GPS que situava a posição de cada flutuante foram convertidos em um mapa, utilizando imagens de satélite disponível no Google Earth. A construção destes mapas do território permitiu verificar o deslocamento das residências por conta da variação das águas e a influência deste fenômeno na vida dos comunitários.

**Figura 03:** Município de Iranduba em contorno vermelho. Localização do Lago de Catalão identificado no círculo vermelho.



**Fonte:** Google Earth, 2016.

Identificamos 111 flutuantes existentes na comunidade, dos quais 88 eram residências, 05 igrejas, 06 usados para o comércio e turismo como restaurantes e viveiros de peixe, 01 escola, 01 unidade do Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia (INPA) e o restante de uso pessoal das famílias como casas de farinha e casa para os animais domésticos ou ainda em construção. Cada flutuante recebeu um código de identificação especificando seu tipo.

Para identificar as redes de relações dos moradores, contamos com a participação dos comunitários. Usando um formulário semiestruturado, visitamos todas as famílias da comunidade e buscamos informações como nome, idade, sexo, grau de parentesco dos residentes com outros membros da comunidade, tempo de moradia na localidade, religião, escolaridade, relações de trabalho e estado geral de saúde da família. O deslocamento entre as casas foi feito em colaboração com um morador que contribuiu não somente com o transporte na sua embarcação, mas também nos deu as informações iniciais sobre as famílias e os flutuantes.

As casas-flutuante não são somente residências, incluem comércios, restaurantes, pontos turísticos, casas-de-farinha, escola, igrejas, locais para lazer, criação de animais, plantações, dentre outros. Os flutuantes ficam amarrados em poitas<sup>3</sup> feitas de concreto que ficam no fundo do rio e em árvores ou pedaços de madeira fincados no chão, para que não siga o fluxo do rio ou não

**3** - Poitas são objetos pesados feitos de concreto que ficam no fundo do rio e servem como “âncora” para manter os flutuantes em seu lugar.

batam uns nos outros, principalmente em caso de chuvas fortes. Discorreremos sobre como a comunidade começou e as mudanças que ocorreram ao longo do tempo, sempre correlacionando ao ciclo das águas.

**Figura 04:** Futebol na quadra flutuante.



**Fonte:** Júlio Cesar Schweickardt, 2017.

## DA “CIDADE FLUTUANTE” PARA A COMUNIDADE DO CATALÃO

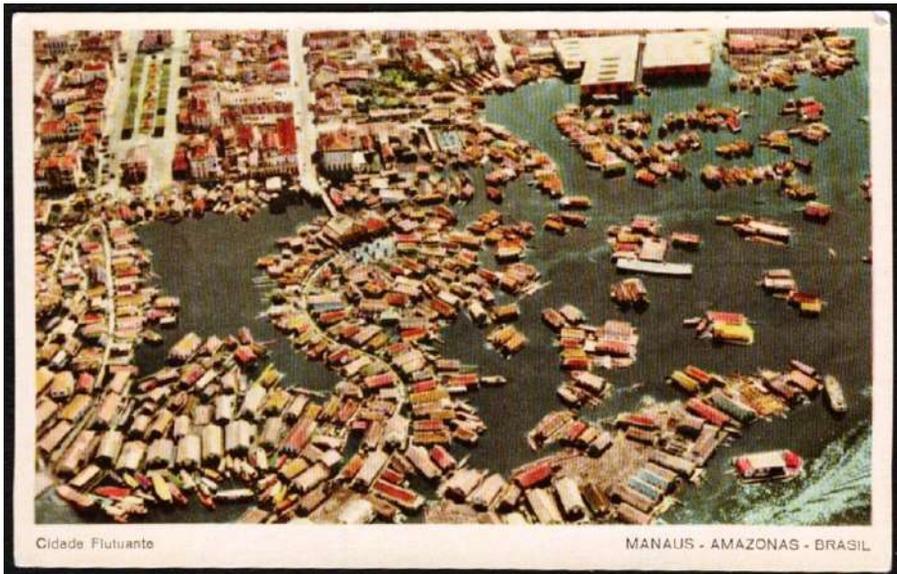
O modelo de ocupação identificado como “*cidade flutuante*” é parte da história da cidade de Manaus desde a década de 1920 (figura 05). Representava um conjunto de casas de madeira construídas sobre troncos que flutuavam nas águas do Rio Negro e igarapés da cidade. Ficava localizada na área central de Manaus, e estima-se que chegou a ter mais de 2 mil casas ocupadas por 12 mil moradores na década de 60 (Souza, 2016). Por questões políticas, a “*cidade flutuante*” foi desativada, porém as “*casas flutuantes*” ainda são encontradas em diversos municípios do interior do Amazonas, como é o caso da comunidade do Catalão.

Não se tem registro de como começou a comunidade de Catalão, mas os moradores relatam que existe há mais de 35 anos. Algumas famílias que moravam na Costa do Catalão, em Iranduba e em outras localidades foram chegando com suas casas flutuantes e passaram a viver na localidade. Com a ampliação das famílias, as casas foram sendo construídas no próprio local, conforme relatado por moradores:

Ela surgiu aos poucos. Quando eu cheguei aqui em 1989 não tinha comunidade, não tinha nada. Tinha apenas alguns habitantes [...]. Então, a partir daí, foi virando um grupo maior, onde houve sim a necessidade de começar a criar uma comunidade, legalizar, autenticar (M1).

Quando eu morava aqui só era esse (flutuante) daí da minha mãe e de mais dois vizinhos. Um desses vizinhos foi o primeiro morador daqui. De lá pra cá foi chegando cada vez mais gente. [...] Quem chegava, morava, mas sem dar satisfação a ninguém; não existia organização nenhuma (M2).

**Figura 05:** Cartão Postal da Cidade Flutuante de Manaus.



**Fonte:** Acervo Souza, 2016.

Com o tempo, as famílias foram se organizando e estabelecendo normas para o convívio dos moradores. Iniciou a construção de igrejas, comércios, lugares para lazer, escola e ficou definida a localização de cada flutuante, tanto no período da cheia como no período da seca. A Comunidade decidiu não permitir que qualquer pessoa passe a construir casas na comunidade, por questões de segurança, e devido ao espaço limitado, pois no período da seca as casas precisam se organizar para permanecer na pequena quantidade de água.

A comunidade foi crescendo e crescendo [...] então foi preciso parar porque já se estava perdendo o controle e, como é sobre

as águas, a água vai acabando e ficando espaços difíceis, e nossas casas não podem ficar na terra. Então hoje a gente não tem mais como deixar que ninguém venha fazer mais uma casa. [...] Hoje a comunidade só tem um meio de adicionar moradores: apenas se alguém da família casar (o filho, a filha, o neto), e tem que arranjar um lugarzinho para ele, só assim agora (M1).

A gente já não tá querendo que alguém entre com flutuante pra ficar na comunidade, porque [...] às vezes não vem alguém legal, agora as coisas estão complicadas, né? Quando vem o bom também vem o ruim (M3).

Foi possível perceber que a disposição das casas foi sendo definida à medida que iam chegando os moradores e escolhiam um lugar dentro do lago para morar. Com a formação de novas famílias entre os próprios moradores, novos flutuantes foram sendo construídos e posicionados próximos aos familiares. Entretanto, o rio é um fator determinante para a disposição das casas, seja na seca ou na cheia.

Eu moro aqui, meu filho mora aqui, a minha menina já mora do outro lado, quando é na seca ela já mora pra cá. Não é devido à parentela, quem manda em nós é o rio (M3).

O único meio de transporte na comunidade é o fluvial, sendo canoas de madeira ou alumínio que podem ser conduzidas a remo ou motor de popa de diferentes potências. Os comunitários desenvolvem habilidades para conduzir as embarcações desde a infância para se locomoverem entre as casas e para acessar a cidade de Manaus (Figura 2). Quando a pessoa não possui uma embarcação, fica na dependência de “pegar carona” com um vizinho que vai resolver algum assunto, seja dentro da comunidade ou em Manaus, por exemplo. A distância determina que tipo de embarcação será usada. Não existe transporte público disponível aos comunitários.

Dependendo da distância, se vou aqui pra perto eu vou na canoinha de remo, se for mais longe eu vou no piso da rabeta, se é mais além já vai ser num barco maior. Então, dependendo da distância do lugar, muda também o meio de transporte (M1).

O Catalão possui energia elétrica desde 2007, fruto de esforço árduo da comunidade, que iniciou em 2003 um movimento de instalação da rede. Foram grandes os desafios logísticos e burocráticos para que este intento se realizasse, pois foram necessários 102 postes para interligar a rede de energia do município de Iranduba à comunidade, que foram adquiridos com recursos captados pela comunidade. As cheias do rio afetaram este processo, pois tinham que parar o trabalho por conta das águas para serem retomados os serviços no pe-

ríodo da seca. Esta foi uma conquista de grande relevância para a comunidade e afetou de maneira direta seu modo de vida, expressa nas palavras de umas das lideranças da comunidade:

Com a ajuda da comunidade, ajudando os engenheiros da Amazonas Energia, o serviço foi sendo concluído. Os fios foram sendo colocados nas casas e finalmente, quando foi pra ligar a energia, eu fui chamada para ligar a chave geral. Quando eu liguei a chave, só escutei a gritaria do povo. Comecei a chorar feito louca desesperada. A comunidade toda gritava numa alegria que não se pode descrever. O povo batia em panela, mesmo que ainda não tivessem luz (em todas as casas), eles sabiam que a luz tinha chegado (M1).

Um fato curioso diz respeito ao uso de água pelos moradores. Embora residam sobre o rio, estes enfrentam diversas dificuldades relacionadas ao uso da água em suas necessidades diárias de higiene e para o consumo.

Pra gente ter água no dia a dia, nós temos que buscar do outro lado [...] por exemplo, você acorda querendo fazer um café, um almoço, e tá sem água. Tem muita aqui, mas a gente não trata [...] E tudo tem que ter economia. Você tem que ficar racionando a água, porque não pode gastar muito, porque é ruim de buscar. As vezes a gente também não tem um vasilhame suficiente e fica difícil na seca (M2).

Na época da cheia, usamos para banhar, lavar, mas não para fazer nosso alimento nem pra tomar. Pegamos nossa água no poço artesiano, lá no CEASA, do outro lado do rio. Nesse tempo (da seca), a água é só para segurar nossa casa (M1).

Um fator que contribui para isso se deve aos banheiros, que não possuem sistema de tratamento de dejetos, sendo estes despejados diretamente no rio, tornando inadequado o consumo de água. De forma que, tanto na cheia quanto na seca, os moradores precisam pegar a água para beber e fazer comida onde o rio é mais profundo, fora da comunidade, ou no Porto da CEASA, em Manaus. Alguns coletam a água da chuva para limpeza da casa e higiene pessoal, principalmente no período da seca, quando a água se torna ainda mais escassa e obriga os moradores a andarem longas distâncias a fim de buscarem água do rio. Os moradores usam também uma bomba d'água para puxar diretamente do Rio Negro, e neste caso, fazem fila em canoas com vasilhames para aparar a água e usá-la para limpeza doméstica e lavagem de roupas. Apesar de afirmarem não usar água durante a seca, percebemos durante a pesquisa que alguns moradores usando esta água para cuidar das necessidades da família, como lavar a louça.

**Figura 06:** Alunos indo para a Escola.

**Fonte:** Silva, 1993.

Quanto ao lixo produzido, são ensacados e armazenados até um barco de coleta do município de Iranduba passar para pegar uma vez por mês. Todavia, segundo os moradores, o barco demora até quatro meses para passar, fazendo com que alguns queimem seus lixos, porque o espaço nos flutuantes é limitado e o acúmulo de lixo causa transtornos. Outros o levam para jogar no porto da CEASA. Não há nenhum tipo de coleta seletiva feito pelos comunitários. Há um acordo entre os comunitários de não jogarem lixo no rio, mas pode acontecer.

Foi relatado ainda que o lixo trazido pelo rio de outras localidades também chega na comunidade tornando o ambiente sujo e desagradável. Uma cooperativa de transporte de turismo ambiental com base comunitária da Amazônia promove uma gincana ambiental, uma vez ao ano, que envolve toda a comunidade na coleta de lixo nos arredores.

Para melhor compreensão das nuances envolvidas neste modo de vida em que os residentes adequam seu cotidiano para viver sobre as águas, consideramos importante entender o que significa este processo de enchente e vazante dos rios para os comunitários do Catalão. Desta feita, vamos falar sobre as mudanças no território nestes períodos e os principais desafios enfrentados pelos comunitários do Catalão.

## O TERRITÓRIO LÍQUIDO DO CATALÃO: “QUEM MANDA EM NÓS É A ÁGUA”

A comunidade do Catalão é um bom exemplo de território líquido, pois o processo de enchente e vazante dos rios afeta diretamente a rotina dos moradores. Comparecemos à comunidade para conhecer a realidade local tanto na

seca quanto na cheia, e visualizamos as mudanças que ocorrem no território com o ciclo das águas e como estas afetam o dia a dia dos comunitários.

O Rio Negro, em 2016, começou a secar no início do mês de julho, quando estava com 27,17m de altura. A descida do rio iniciou lentamente, cerca de 1 a 3cm/dia, mas aumentou consideravelmente no mês de setembro, chegando a secar 22cm/dia, e novamente voltando a diminuir vagarosamente até chegar ao ápice da seca por volta do mês de dezembro, com o rio medindo 17,20m, uma redução de cerca de 10 metros de altura (Porto de Manaus, 2016). Podemos imaginar o que significa ter uma variação de 10 metros na organização da vida e as mudanças que as pessoas necessitam implementar para viver nesse território (Figura 8).

A enchente do rio é o fenômeno que marca o fim da seca, e no caso do Rio Negro, recomeçou a partir do dia 17 de dezembro de 2016, subindo até 26cm/dia no mês de janeiro. Nos meses seguintes o rio continuou subindo o nível, chegando ao auge de 29m no dia 03 de junho, cerca de 2m a mais que no ano passado (Porto de Manaus, 2016).

Realizamos o mapeamento das casas com o auxílio do GPS e construímos um mapa dos territórios em ambos os períodos, conforme ilustrado na figura 9. No período da seca, os flutuantes tendem a ficar muito próximos para manterem-se na estreita faixa de rio que permanece neste momento. Outros precisam ficar à beira do Rio Negro ou em pontos isolados, no qual só é possível chegar por terra. Algumas casas estavam em locais de difícil acesso, não sendo possível chegarmos até lá para pontuar com o GPS.

A cheia do rio traz uma nova conformação ao território, visto que, com a subida das águas, os moradores ganham mais espaço para acomodar as residências, como parece mais conveniente. As terras vão desaparecendo gradualmente até que ficam somente as copas das árvores mais altas, onde as residências permanecem amarradas.

Este mapeamento tornou possível perceber o deslocamento dos flutuantes e o percurso que fazem seguindo o curso das águas. Algumas casas permanecem no lago onde se concentram o maior número de flutuantes da comunidade, de forma que o deslocamento varia de 15 a 30 metros, em linha reta, entre os períodos de seca e cheia. Outros flutuantes precisam afastar-se e ficar em lagos em pontos isolados, movendo-se de 50 a 80 metros. Ainda outros ficam na margem do Rio Negro, e, neste caso, percorrem cerca de 300 metros, em linha reta. Isso mostra que diariamente o fenômeno de cheia e seca dos rios está presente na vida destes comunitários.

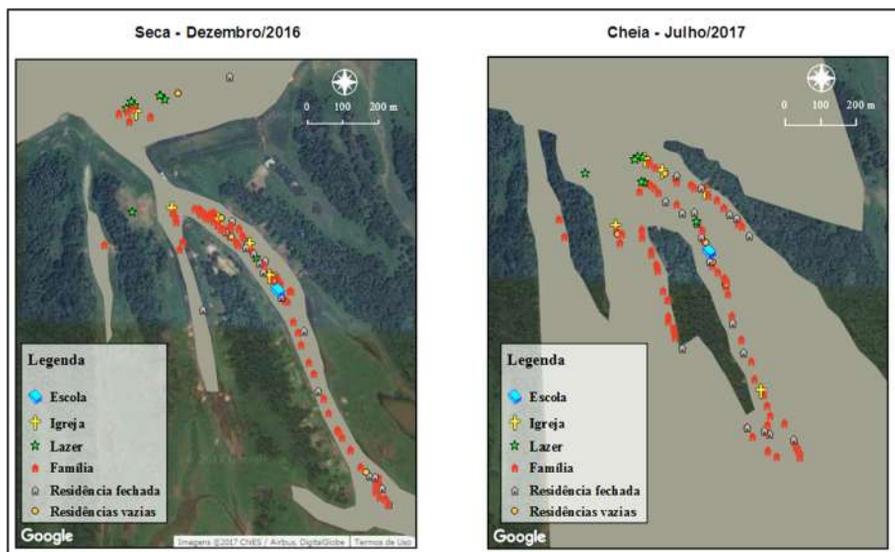
A maior dificuldade no período da seca se refere à acomodação das casas-flutuante no território. Com o estreitamento da faixa de rio e aparecimento

do solo seco, é necessário que as casas fiquem próximas umas das outras, sendo possível até mesmo andar livremente entre elas. Em casos extremos, quando o rio seca muito, como aconteceu em 2023, alguns flutuantes não têm alternativa senão ficar com parte em solo seco, o que não é desejável, pois as casas são construídas sobre troncos de madeira que possuem tamanho e formato irregular, e quando ficam sobre a terra a estrutura da casa fica comprometida e pode sofrer sérios danos.

Tem lugares que fica mais baixo e tem que saber o lugar que fica mais fundo. Porque as nossas casas não podem ficar na terra, porque às vezes esculhambam, [...] tem que ficar toda na água. Então, a gente sempre vai procurando; vai puxando com o motor; vai puxando no cabo, até achar aquele lugarzinho certo da sua casa ficar flutuando (M1).

Com a redução do espaço por conta da seca dos rios, alguns flutuantes precisam ser levados para lugares em que possam permanecer na água (Figura 10). Neste caso ocorrem duas situações. Primeiro, algumas casas ficam em pontos isolados, permanecendo em pequenos lagos onde só é possível chegar a pé ou em pequenas canoas. Isto traz diversas dificuldades, como por exemplo, a necessidade de sair ou entrar na comunidade para realizar suas atividades cotidianas.

**Figura 07:** Território do Catalão no período da seca e cheia. Google Earth (imagem modificada).



**Fonte:** Elaborado por: Núcleo de Apoio e Pesquisa ILM/D / FIOCRUZ, 2017

Quando a seca é grande a maioria deixa os seus barcos lá fora, na beira do Rio Negro. Porque nossa comunidade é um laguinho, mas fica bem próximo à beira do Rio Negro [...] cria uma ilha. Então os barcos ficam lá. Quando está seco tem essa dificuldade: Você vai até dar um passeio, tem que meter o pé na lama, você já pensou? Eu vou pro casamento do vizinho, vou toda bonitinha, mas o sapato vai na mão! Minhas unhas que acabei de arrumar vai encher de barro (M1).

**Figura 08:** Flutuante em solo seco no período de seca do rio.



**Fonte:** Portela, 2016.

Outra situação que ocorre se deve aos flutuantes que precisam ficar na margem do Rio Negro. Neste caso, quando ocorrem temporais, com chuva, vento e banzeiro<sup>4</sup> fortes, também coloca em risco a integridade das casas e das famílias expostas a estes eventos. Entretanto, para os que conseguem permanecer dentro do lago, as casas ficam abrigadas dos temporais, mas precisam lidar com o calor e as dificuldades para conseguir água para suas necessidades diárias.

Na seca, a gente fica mais abrigado, fica sem o banzeiro. Porque aqui é uma ilha de terra na frente, fica só o lago. A gente já fica lá mais em baixo, os temporais passam mais por cima. Mas a gente já tem o calor, a água fica muito quente, porque fica pouca água e fica quente e poluída (M1).

**4** - O banzeiro se refere as ondulações nas águas dos rios provocadas por embarcações, ventos fortes ou pelo movimento natural das águas.

O período da seca foi descrito pelos moradores como o que mais traz dificuldades. Estas estão relacionadas à acomodação dos flutuantes, deslocamento para realizar suas atividades diárias como trabalhar e estudar, uso de água para suprir suas necessidades e o aumento da temperatura local. Por outro lado, a seca permite aos comunitários trabalhar na agricultura, facilita, de certa forma, a pesca e oportuniza usarem a terra para o lazer, como o futebol. A cheia dos rios, por sua vez, também tem seus benefícios e outros desafios.

O período da cheia tornou possível chegarmos facilmente a todas as casas para o mapeamento, e a diferença da seca foi bem evidente. Assim como na vazante as casas descem junto com o rio, na enchente os residentes do Catalão fazem o caminho inverso, subindo seus flutuantes à medida que o rio avança. Percebemos agrupamentos de flutuantes afastados uns dos outros, e descobrimos, com a pesquisa, que estes agrupamentos são de parentes mais próximos.

A enchente do rio torna mais fácil aos moradores lidarem com algumas situações do dia a dia na comunidade. O “*território*” se amplia e as casas podem se posicionar confortavelmente no espaço. As casas que precisavam ficar isoladas ou mais afastadas do centro da comunidade retomam seu lugar junto aos demais.

Quando está cheio é bom porque fica todo mundo fica assim ó: você olha as casas estão um pouco longe da outra; a gente fica assim sem problema. É um tempo em que você fica assim tipo ‘tranquilão’. [...] tem essa vantagem (M1).

A cheia do rio permite que os moradores se desloquem com mais facilidade dentro e fora da comunidade, para trabalhar, estudar, e cuidar da saúde. Os moradores usam a água para atividades de higiene, embora ainda precisem pegar água fora, no Rio Negro ou na CEASA, para beber e cozinhar. As atividades laborais também se modificam. Muitos que trabalham na agricultura na seca desenvolvem outras atividades por conta da enchente, como a pesca e outros.

A cheia é bom por isso: eu encosto na minha porta, já pulo no barquinho e vou pra onde eu quiser. E quando tá muito seco tem essa dificuldade: rema até ali, encosta lá, anda um pouquinho por terra pra pegar outro barco pra ir (M1).

Quanto ao trabalho, no inverno, tem muita coisa pra você fazer. Por exemplo: Você forma uma equipe pra ir pescar, porque tem muita água, tem muito peixe [...] E também tem muita gente que tem outras atividades, trabalhar com a madeira [...]. Com muita água pode serrar pra ali e todo mundo vai trabalhar (M2).

Embora a cheia represente um período vantajoso em muitos aspectos, as casas-flutuantes ficam mais expostas aos eventos climáticos e aos banzeiros, que são ondulações no rio produzidas por ventania ou por embarcações grandes e pesadas que passam nas proximidades.

Tem o outro lado com a cheia que nos afeta: os temporais, os banzeiros, dá muito forte. O que acaba a casa da gente flutuante é banzeiro, o impacto das lanchas, o impacto dos navios, sofre-mos muito com os navios que passam aí fora, muito. Os navios passam aí na frente, aí vêm aquelas ondas enormes, aí o flutuante fica indo e vindo, então já começa a vaziar água, rasga o alumínio. [...] Tem vantagens, mas também tem as dificuldades (M1).

Ao perguntar aos moradores sobre viver sobre as águas, estes definem como um modo de vida agradável, do qual não pretendem desfazer-se, embora alguns sintam saudade de “*viver na terra*”.

Graças a Deus que esse lugar e uma benção (M1).

Aqui é bom de morar, meu Deus do céu! Aqui ninguém dá satisfação a ninguém (M2).

É ótimo. Aqui é tranquilo, eu gosto daqui. Mas é aquela coisa a gente tem saudade de andar em terra, varrer um terreiro, [...] ir na casa dum vizinho. Eu só vou se tiver canoa pra ir, porque se não tiver canoa, como é que eu vou? Nadar daqui pro vizinho eu vou chegar lá molhada, não tenho fôlego pra isso (M3).

O estilo de vida dos moradores do Catalão pode ser considerado único, tendo em vista os percursos impostos pelas águas. Os conhecimentos e habilidades desenvolvidos são passados de pai para filhos, tornando “*natural*” seu cotidiano junto ao rio. Alguns podem questionar a opção de viver nestes lugares peculiares. Entretanto, o que determina o lugar em que se vive não são questões pragmáticas ou critérios definidos pela vigilância ambiental ou defesa civil. Escolher habitar este território envolve questões familiares, religiosas ou tradição. Muitos consideram a permanência no lugar porque há uma memória, uma identidade e uma noção de pertencimento, pois a casa e o lugar foram repassados por seus pais ou avós (Schweickardt *et al.*, 2016; Fraxe, 2000).



## REDES VIVAS E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

As informações discutidas até o momento corroboram que o Catalão possui características peculiares que nos conduzem à reflexão sobre como ocorre a produção de cuidado no que diz respeito à saúde. A comunidade está vinculada a uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Iranduba. A equipe é composta por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico do Programa Mais Médicos, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e onze agentes comunitários de saúde (ACS). No período da pesquisa, a equipe realizava atendimento em oito (8) comunidades ribeirinhas do Solimões II duas vezes na semana, com uma programação que visa atender cada comunidade uma vez ao mês. Suas atividades giram em torno dos programas instituídos pelo Ministério da Saúde voltados para hipertensos e diabéticos, gestantes, crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos, saúde da mulher, dentre outros. Em caso de problemas de saúde, os comunitários são orientados pela equipe a buscar atendimento na UBS, na sede do município de Iranduba, que é o local onde os profissionais ficam quando não estão em atendimento nas comunidades.

Na comunidade, a equipe realiza consultas de rotina e fazem a verificação de pressão arterial, glicemia capilar, peso, prescrição de medicamentos e requisição para a realização de exames, seguindo o padrão da Política da Atenção Básica. Ações de prevenção e promoção a saúde como outubro rosa, novembro azul, campanhas de vacinação, dia do combate ao diabetes e educação em saúde são realizadas pelos profissionais mensalmente, geralmente na UBS e os moradores são convidados a participar destas atividades na unidade.

No cotidiano da Comunidade, as pessoas necessitam recorrer a outras estratégias para ter o acesso aos serviços, conforme verbalizado nos seguintes discursos:

Tudo é Manaus. Todos dão um jeito de atravessar o rio. Quando é emergência, um acidente, ou uma pessoa passando mal, corre, já vai ligando pra pedir um carro pra levar pros prontos-socorros. E os exames, tem que acordar de madrugada, tem que atravessar o rio de madrugada, pra tentar uma consulta, tentar marcação de exame (M1).

A dificuldade de transporte, porque aqui não temos um posto de saúde. [...] eu, por exemplo, sou doente do coração e me trato três vezes por mês. Então nós não temos um transporte pra ir meia noite, duas horas da madrugada, cinco horas da manhã, que é perigoso de atravessar e os ladrões jogar a gente n'água, aí não chega nem no hospital (M2).

Quando a minha nora estava gestante e foi ter nenê era um mês de dezembro. Ela foi duas vezes (para Manaus), ia com dor daqui pra lá andando (até pegar o barco para atravessar o rio). E na seca fica mais difícil pra nós (M3).

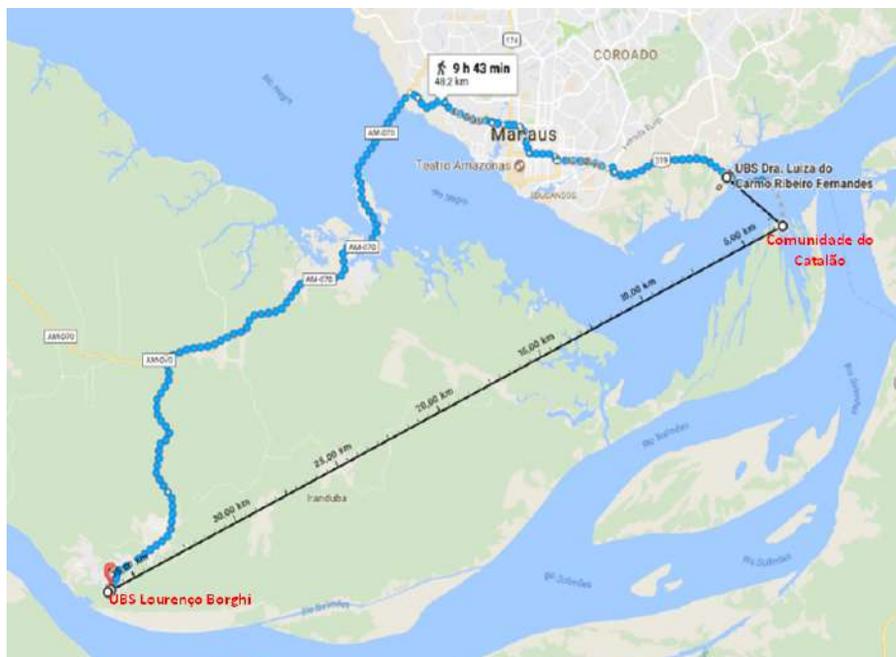
O acesso à capital para buscar atendimento depende do meio de transporte fluvial, das condições climáticas favoráveis e das questões relacionadas à segurança. Os períodos de seca também dificultam a situação, conforme relatado pelo sujeito M3. Esta situação evidencia a necessidade de políticas públicas de saúde que contemplem a essência do povo ribeirinho e sejam pensadas de acordo com a realidade amazônica (Schweickardt *et al.*, 2016).

Em caso de problemas de saúde, os comunitários são orientados pela equipe a buscar atendimento em Iranduba. Entretanto, conforme observamos nos dizeres dos sujeitos M1 e M2, quando os comunitários necessitam de atendimento, é mais fácil se deslocar para Manaus, seja para consulta de rotina e realização de exames, seja em casos de emergência. O local de preferência da comunidade é a UBS Dra. Luiza do Carmo Ribeiro Fernandes, localizada próximo ao Porto da CEASA, denominada UBS da CEASA. A figura 13 torna claro o motivo desta preferência, pois, geograficamente, é a unidade mais próxima e acessível aos moradores.

O nosso ponto é o Porto da CEASA. Lá tem um posto de saúde. [...] Há mais de 30 anos, desde quando eles construíram o posto lá, sempre nos atenderam com o maior carinho, com a maior atenção (M1).

A distância em linha reta entre o Catalão e a UBS Lourenço Borghi no Iranduba é cerca de 33 km e até a UBS da CEASA de 3 km, aproximadamente. O percurso para se chegar ao Iranduba é ilustrado na figura com os pontos em azul, no qual a pessoa teria que percorrer 48 km, indo por Manaus. Uma rota alternativa seria pelo rio, mas a depender do período, o percurso seria de mais de 40 km em transporte fluvial até a unidade (Figura 09). Assim, os comunitários optam por buscar atendimento na UBS da CEASA. Se os moradores do Catalão enfrentam dificuldades para deslocar-se até o outro lado do rio em busca de assistência à saúde, torna-se quase inviável recorrer ao Iranduba, principalmente em condições enfermas. Além da proximidade com o Porto da CEASA, que é via de acesso de vários municípios e comunidades ribeirinhas do Rio Negro e Solimões, também o ponto de ônibus, localizado em frente da Unidade, facilita o ingresso dos usuários neste estabelecimento.

**Figura 09:** Distância entre a comunidade do Catalão e as UBS da CEASA e Lourenço Borgui.



Fonte: Google Earth, 2017.

A escolha por esta unidade pode sobrecarregar o sistema de saúde, conforme mencionado no discurso de PC1:

Dada a facilidade de agendar consultas aqui, então a gente tanto tem uma procura via rio, como via terrestre. A gente na verdade acaba fazendo uma cobertura do SUS, Jorge Teixeira, Tancredo Neves, aquela área da zona leste. [...] Essa área de cobertura acaba sendo muito extensa, porque todo mundo que vem via rio, vem do Catalão, Costa do Catalão, Careiro da Várzea, Careiro Castanho, Autazes, Novo Airão e do Iranduba. [...] É como se fosse um problema nosso, da UBS, é um problema de um morador que, geograficamente está fora da nossa área circunscrita. Então, a gente acaba ficando com problemas de acesso à saúde complicado, porque a gente sabe que as nossas vagas pra exames, pra médicos, são pra essa população urbana. [...] passou a ser uma obrigação e não um complemento ou algo assim. E aí, a gente tem as nossas atividades cotidianas, tem os

nossos programas aqui a ser desenvolvidos, e a gente tem problemas pra algumas lideranças locais entenderem que foge das atribuições da UBS. [...] isso acaba prejudicando, porque a gente não consegue manter um fluxo de atendimento com qualidade, porque fica aquela coisa de apagar incêndio (PC1).

Essa situação gera dificuldades para a unidade de saúde de Manaus, pois além de atender a sua área adscrita, também atende as diversas comunidades circunvizinhas, o que nos leva a pensar que tais comunidades compartilham da mesma situação em relação a ausência de cuidados de saúde. Além disso, a sobrecarga de serviços desqualifica o cuidado a saúde tanto para população adscrita quanto para os demais que procuram atendimento (Schrader *et al.*, 2012; Pires *et al.*, 2016). Por outro lado, as unidades de saúde de Manaus não têm como negar o atendimento à população ribeirinha, ainda que estas estejam vinculadas às unidades dos seus municípios.

Cabe ressaltar que a PNAB, desde 2011, traz algumas especificidades relacionada ao atendimento da população ribeirinha, como a modalidade de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) (Lima *et al.*, 2016; Moreira *et al.*, 2023). Todavia, o Catalão não dispõe de nenhum dos dois arranjos organizacionais, o que evidencia a exclusão social dessa população.



## NO BANZEIRO DAS ÁGUAS: UMA CONCLUSÃO EM MOVIMENTO

Este estudo nos permitiu submergir na realidade desta comunidade que vive sobre as águas. Longe de se tratar de um território fixo, estático e imutável, Catalão vivencia diariamente as mudanças impostas pelo ciclo das águas, no qual os moradores literalmente seguem o fluxo dos rios e adaptam sua rotina aos movimentos constantes de seu território líquido.

Os períodos de seca afetam praticamente todos os aspectos da vida dos comunitários, trazendo dificuldades relacionadas aos espaços para acomodação dos flutuantes, de transporte e locomoção, quanto ao uso da água para suas necessidades diárias, atividades das escolas, laborais e à saúde. Contudo, é nesta época que os moradores trabalham na agricultura, ficam abrigados dos temporais e banzeiros e aproveitam a terra para o lazer. Os períodos de cheia, por sua vez, trazem uma nova conformação ao território, com os flutuantes confortavelmente acomodados como convém às famílias, facilitando o transporte, o uso da água, as atividades da escola, igreja e outras.

A categoria território líquido faz sentido, muitos sentidos, para pessoas

que vivem sob e nas águas, mas entendemos que é uma categoria que tem potência para ultrapassar da dimensão das águas para pensarmos em lugares sem água, como os contextos urbanos, as outras regiões do país. Território líquido é marcado pelos movimentos, pelas conexões, pelo imaginário de nossas origens e pelo lugar de seres naturais e não-naturais que habitam nesse mundo. Território líquido é também o lugar da inclusão e das vozes de todas as pessoas e seres que nos conectam com mundos possíveis.

Este estudo permitiu apresentarmos uma parte muito pequena dessa realidade do mundo ribeirinho e dos vários territórios líquidos que caracterizam a Amazônia. A comunidade do Catalão vive ao sabor das águas, criando suas estratégias de vida e saúde, num lugar de difícil equilíbrio, como o menino empinando papagaio na canoa (figura 10), difícil, mas possível de estar ali e construir as suas vidas sob as águas e pensar num mundo em que as “águas mandam”.

**Figura 10:** Menino soltando pipa na canoa.



**Fonte:** Schweickardt, 2017.



## REFERÊNCIAS

- Bittencourt, M.M., Amadio, S.A. (2007). Proposta para identificação rápida dos períodos hidrológicos em áreas de várzea do rio Solimões-Amazonas nas proximidades de Manaus. **Acta Amaz., Manaus**, v. 37, n. 2, p. 303-308, jun. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004459672007000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004459672007000200019&lng=pt&nrm=iso)>.
- Fraxe, T.J.P. (2000). **Homens anfíbios: uma etnografia do campesinato das águas**. São Paulo: Annablume.
- Haesbaert, R. (1997). **Des-territorialização e Identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste**. Niterói: EDUFF.
- Haesbaert, R. (2004). **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>.
- Haesbaert, R. (2006). **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Kadri, M. R., Schweickardt, J. C., & Freitas, C. M. (2022). Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 26 [Acessado 16 Janeiro 2024], e220056. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.220056>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.220056>.
- Kadri, M., & Schweickardt, J.C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas. In: CECCIM, R.B., *et al.* (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
- Leite, R.G., Silva, J.V.V., Freitas, C.E. (2006). Abundância e distribuição das larvas de peixes no Lago Catalão e no encontro dos rios Solimões e Negro, Amazonas, Brasil. **Acta Amaz., Manaus**, v. 36, n. 4, p. 557-562, dez.
- Lima, R.T.S., Simões, A. L., Heufemann, N. E., Alves, V. P. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R.B., *et al.* (orgs). **Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências ‘informes’ e pesquisa-formação**. Porto Alegre: Rede Unida.
- 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. In: Schweickardt, J. C. & Kadri, M. R. (org.). **Um laboratório pro-**

**duzindo inovações em saúde nas Amazônias: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia.** ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 27). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-074-1.

Medeiros, J. S. & Schweickardt, J. C. (2021). **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas.** Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 17). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-75-5

Mendes, L. *et al.* (2008). Inserção ecológica no contexto de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Interamerican journal of psychology.** v. 42, n. 1, p.1-10.

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

Pires, D.E.P., Machado, R.R., Soratto, J., Scherer, M.A., Gonçalves, A.S.R. & Trindade, L.L. (2017). Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2016; 24:e2677. Acesso em novembro.

Porto de Manaus. (2016). **O coração da Amazônia.** Nível do Rio Negro. 2º semestre. Disponível em:<[www.portodemanau.com.br](http://www.portodemanau.com.br)>. Acesso em 18 de julho de 2017.

Santos, A.L., & Rigotto, R.M. (2011). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.

Saraiva, L.A.S., Carrieri, A.P., & Soares, A.S. (2014). Territorialidade e identidade nas organizações: o caso do Mercado Central de Belo Horizonte. RAM, **Rev. Adm. Mackenzie,** São Paulo, v. 15, n. 2, p. 97-126, abril.

Schrader, G., *et al.* (2012). Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev Bras Enferm,** Brasília, mar-abr; 65(2): 222-8.

Scherer, E.F. (2004). Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia. In VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra. **Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências So-**

**ciais.** Coimbra: Afrontamento.

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

Schweickardt, J. C., Soares, E. P., Guedes, T. R. O. N., Reis, A. E. S., Hauradou, G. R. & Freitas, J. M. B. (2021). Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde. In: Soares, E. P.; Schweickardt, J. C.; Guedes, T. R. O. N.; Reis, A. E. S.; Freitas J. M. B. (Orgs). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas,** AM. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J. C., 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).

Silva, A.C. (2002). O território da consciência e a consciência do território. In M. SANTOS, M.A.A. Souza & M.L. Silveira. Território, globalização e fragmentação (5a ed.). São Paulo: Annablume.

Sperber, S.F. (2012). **Contadores de histórias da Amazônia Ribeirinha.** São Paulo: Hucitec: FAPESP.

Souza, L.B. (2016). Cidade flutuante: uma Manaus sobre as águas. Urbana: **Rev. Eletrônica Cent. Interdiscip. Estud.** Cid Campinas (SP) v.8, n.2 [13] p.115-146, mai/ago.

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

# O planejamento estratégico com redes vivas de um AIS em comunidades indígenas da Zona Norte de Manaus



**Aline Aparecida Ferreira Artini**  
**Díuliana dos Santos Mendes**  
**Júlio Cesar Schweickardt**

Os desafios para produção do cuidado nas comunidades indígenas manauaras, particularmente na zona norte, são compreendidos como situações que requer planejamento das ações com os atores envolvidos, profissionais e usuários do sistema de saúde, particularmente os indígenas. Assim, buscamos realizar uma análise situacional a partir das Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde (AIS). Os territórios indígenas no contexto urbano trazem desafios importantes para a cobertura de saúde, gerando exclusão e invisibilidades das suas necessidades (Verçosa, Schweickardt, Lemos & Tobias, 2023).

Nesse contexto, a partir de um planejamento estratégico, utilizamos as ferramentas SWOT e 5W2H nas comunidades indígenas da zona norte de Manaus, onde possui uma população em torno de 71.000 indígenas autodeclarados (IBGE, 2022). Porém, apenas 2.891 pessoas indígenas estão cadastradas no sistema e-SUS AB. Segundo o Censo 2022, Manaus é a capital mais populosa da região Norte, com 2.063.547 pessoas, distribuídas em 63 bairros da cidade, com o crescimento de 14,51% nos últimos 10 anos.

Em maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na 76ª Assembleia Mundial da Saúde, aprovou a resolução que assegura o desenvolvimento

do pacto internacional em defesa da saúde dos povos indígenas, colocando-a como questão prioritária e demandando ações que promovam a identificação das necessidades e lacunas no acesso e cobertura, medida de abordagem intercultural e redução das desigualdades (Brasil, 2023).

Assim, com o objetivo de promover a saúde dos povos indígenas, este manuscrito apresenta uma experiência de planejamento e análise situacional com as ferramentas SWOT e 5W2H. Os resultados buscaram impactar na produção do cuidado da atenção primária à saúde da zona norte de Manaus às populações indígenas.

O presente texto faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Redes vivas: o processo de trabalho de um agente indígena na atenção primária à saúde em Manaus – Amazonas”, desenvolvida no Programa de Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde (PPGIVDA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia).



## O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO EM SAÚDE

O planejamento estratégico é processo essencial dentro de uma organização, pois delinea diretrizes para o estabelecimento de planos de ação, identifica recursos potenciais, reconhece fraquezas e estabelece um conjunto de medidas integradas a serem implementadas assegurando o sucesso dos resultados planejados. O planejamento somente atinge sua eficácia quando entendido e realizado por todas as pessoas envolvidos no processo (Sapiro & Chiavenato, 2003).

Segundo Teixeira e Alonso (2014), o planejamento estratégico é uma ferramenta da gestão capaz de identificar a situação do ambiente interno e externo de uma instituição. A ferramenta matriz SWOT possibilita uma análise situacional que aponta para os pontos fortes (Strengths), pontos fracos (Weaknesses) as ameaças (Threats) e as oportunidades (Opportunities). Cruz *et al.* (2017) afirmam que essa análise pode estar alinhada com a ferramenta 5W2H (What: o que, Who: quem, Where: onde, When: quando, Why: por quê, How: como, How Much: quanto custa).

Nesse contexto, as ferramentas matrizes SWOT e 5W2H, tornam-se estratégicas na tomada de decisão, podendo facilitar a prática do cuidado em saúde, a partir do conhecimento e resultados em um espaço ou território. Assim, pretendemos apresentar a análise situacional realizada a partir da construção das redes vivas (Merhy *et al.*, 2014) de um agente indígena de saúde (AIS), no período de 2021 a abril de 2023. O objetivo da pesquisa foi

analisar de que forma se construíam as práticas do cuidado em território indígena da zona norte de Manaus.

A pesquisa possibilitou a identificação e análise dos principais entraves presentes nas comunidades indígenas, o que impulsiona a gestão para a realização de um plano estratégico, para garantir a continuidade do cuidado nesses territórios, mesmo em vazio assistencial. A aplicação das ferramentas SWOT e 5W2H permitiu compreender os principais fatores que podem interferir na produção do cuidado das 25 comunidades indígenas identificadas, assim como entender o trabalho coletivo das comunidades e dos AIS, como um ponto forte na construção das redes vivas.

A pesquisa se pautou pelo princípio da equidade, na promoção de uma saúde diferenciada, potencializando as redes de cuidado de base territorial, construídas pelo AIS nas suas relações com as populações indígenas da área urbana. O planejamento estratégico surgiu como uma demanda na organização da atenção às comunidades indígenas da zona norte de Manaus, tendo em vista ser um espaço de vulnerabilidade social.



## TERRITÓRIO DE USO DOS INDÍGENAS EM MANAUS, ZONA NORTE

Os movimentos indígenas falam que o território de Manaus é indígena, portanto, não estamos falando de indígenas na cidade, mas de indígenas que possuem a sua ancestralidade e origem nesse lugar. Assim, quando estamos nos referindo à indígenas no contexto urbano, significa que temos um processo colonial de ocupação, de invisibilização da presença indígena nesse espaço (Alves *et al.*, 2023). Portanto, é legítimo reconhecer Manaus como território indígena, sendo ocupado por várias etnias.

O território do Distrito de Saúde Norte contempla 25 comunidades indígenas identificadas no decorrer da pesquisa de mestrado. O cadastramento foi realizado por Agentes Indígenas de Saúde – AIS, contratados pela SEMA Manaus no período da pandemia produziu a visibilidade dos indígenas que estavam distribuídos nas regiões periféricas (Artini & Schweickardt, 2023). A cidade de Manaus recebe diversas etnias, de diversas regiões da Amazônia e mais recentemente da Venezuela, com a etnia Warao. No Distrito Norte, temos a presença de 35 etnias, identificadas pelos AIS e pela SEMA Manaus, conforme o Quadro 1.

**Quadro 01:** Etnias identificadas no território do Distrito de Saúde Norte 2021 a 2023.

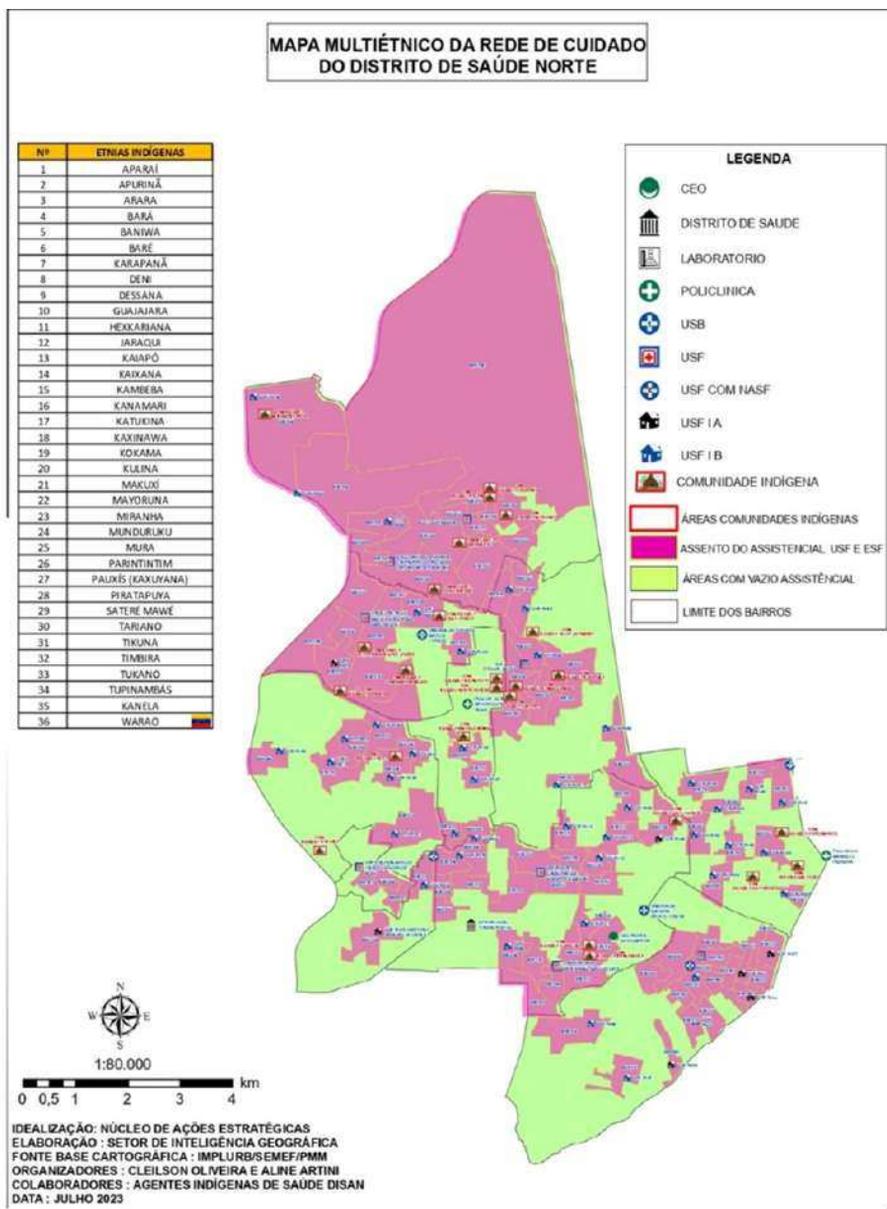
POVOS INDÍGENAS	QUANTIDADE	
APARAÍ, APURINÃ, ARARA, BANIWA, BARÉ, KARAPANÃ, DENI	34	35
DESSANA, GUAJAJARA, HEXKARIANA, JARAQUI, KAIAPÓ, KAIXANA		
KAMBEBA, KANAMARI, KATUKINA, KAXINAWA, KOKAMA, KULINA, MAKUXI		
MAYORUNA, MIRANHA, MUNDURUKU, MURA, PARINTINTIM, PAUXIS, PIRATAPUYA		
SATERÉ-MAWÉ, TARIANO, TICUNA, TIMBIRA, TUKANO, TUPINAMBÁ.		
WARAO	01	

**Fonte:** Elaboração de Aline Artini, 2023.

A comunidade Wotchimaucu está localizada no bairro Cidade de Deus, periferia da zona Norte de Manaus, e foi fundada em 06 de junho de 2002 por um grupo majoritariamente de Ticuna, que migraram dos Municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, especificamente das aldeias Umariacú II, Filadélfia, Porto Cordeirinho e Feijoal. A Comunidade Sol Nascente possui 35 famílias, totalizando 158 pessoas de diversas etnias, também fica localizada no bairro Cidade de Deus (Figura 01).

Em relação ao acesso dos indígenas aos serviços de saúde no território no distrito, o mapeamento possibilitou a referência a uma Unidade de Saúde próxima, mas não há uma atenção diferenciada a partir das especificidades culturais (Artini & Schweickardt, 2023). Por isso, a figura do AIS é importante para construir uma relação com o território e as práticas da medicina indígena.

**Figura 01:** Mapa Multiétnico da Rede de Cuidado do Distrito Norte de Manaus.



**Fonte:** Elaboração própria (inserção das malocas) adaptadas ao mapa do Distrito de Saúde Norte, 2023.



## SOBRE O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE NA CIDADE

O AIS e o seu papel no território foi inspirado na figura do agente comunitário de saúde (ACS), logo no momento de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a categoria ACS é oficializada em 1991, e em 1992 integram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), incorporados também nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994. Em seguida, o PSF se transforma em Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2002, os ACS foram reconhecidos como profissionais da saúde e, em 2006, foram submetidos ao regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A profissão de ACS caracteriza-se pela prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local.

É válido ressaltar que a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (1993) recomendou ao Ministério da Saúde o reconhecimento da categoria profissional de AIS. Em 1996, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) outorgou ao AIS o papel-chave na mediação dos serviços de saúde, como ator central para a promoção dos princípios de respeito e articulação com as tradições indígenas (FUNASA, 1996), indicando ainda que a formação incluísse outras temáticas além das noções básicas de biomedicina e de enfermagem. Contudo, não houve condições financeiras e nem organizacionais, por parte da COSAI, para implantar um programa amplo e eficaz de formação e remuneração dos AIS, e o PACS assumiu maior responsabilidade nas contratações (Diehl *et al.*, 2012).

Os AIS, da perspectiva das comunidades, são agentes representantes da prática biomédica, pois emergem no contexto da interação inter e intraétnica como atores que detêm um conhecimento específico e são capazes de garantir o acesso aos recursos materiais e simbólicos ofertados pelos serviços de saúde, como por exemplo, medicamentos (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Garnelo, 2003; Erthal, 2003).

O AIS faz parte da reivindicação central das organizações indígenas na constituição da política de saúde para maior participação dos indígenas nos serviços, sendo também um importante recurso de renda e prestígio nos processos sociais e políticos comunitários (Garnelo, 2003). Em muitas situações o AIS é o único profissional presente na aldeia. Em Manaus, em face ao cenário da COVID 19, a atuação desse profissional nas comunidades indígenas urbanas foi figura central para o acolhimento e a articulação dos indígenas ao sistema de saúde da capital.

Segundo Diehl *et al.* (2012), o movimento indígena e as Conferências Nacionais de Saúde Indígena reivindicam a oficialização da ocupação dos AIS e agentes indígenas de saneamento (AISAN), que foram incluídos em 2010 como categoria profissional na família de “Agentes Comunitários de Saúde e Afins” da Classificação Brasileira de Ocupação do Ministério do Trabalho e Emprego. A Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena (PNASPI) tem incluído os AIS e AISAN como trabalhadores de saúde, oferecendo formação para a execução das suas funções.

O cuidado da pessoa indígena em contextos urbanos, como a cidade de Manaus, não tem cobertura pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, apesar do reconhecimento dos direitos de uma saúde diferenciada pela Constituição Federal – CF/1988. Nesse sentido, a responsabilidade é das secretarias municipais de saúde, que nem sempre estão preparadas para realizar um cuidado diferenciado. Ainda não há um reconhecimento legal da categoria AIS que vive e desempenha suas funções em contexto urbano, pois o modelo é do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Nas últimas décadas, a presença indígena nas cidades tem aumentado devido a diversos elementos de atração como o acesso à educação, ao trabalho, à saúde. No entanto, enfrentam barreiras como baixa remuneração, moradias precárias na periferia urbana, além de enfrentar a discriminação étnico-racial no contato com a população da cidade (Verçosa, Schweickardt, Lemos & Tobias, 2023). Apesar disso, os indígenas que vivem em contexto urbano estão sempre com um “pé na aldeia”, o que fortalece o vínculo e a interação constante com seus pares nos territórios, etnias, famílias e comunidades de origem.

Sobre o conceito de terra e território para os povos indígenas, Kolling e Silvestri (2019) afirmam que os termos apresentam um sentido cultural, social e espiritual que excede o significado empregado na Constituição e pelos órgãos oficiais do Estado. Os autores chamam a atenção para a reflexão da temática partindo do território como enraizamento cultural.

Segundo Seager e Viveiros de Castro (1979), é necessário diferenciar o sentido duplo da terra indígena, primeiramente no sentido de produção da vida e no segundo como território político. O sentido da terra e território são definidos a partir das cosmologias e cosmovisões, portanto temos uma grande diversidade de sentidos a partir da língua, da ancestralidade, dos conflitos e dos usos no decorrer da história de ocupação. Portanto, não podemos ignorar a territorialidade no contexto urbano, pois a sua identidade vai se associar ao lugar de pertencimento e à construção da rede de relações de cuidado.

O deslocamento aldeia-cidade ganha regularidade por meio das trajetórias individuais e familiares que veem a cidade como um refúgio, espaço de opor-

tunidade e superação de muitas dificuldades enfrentadas na aldeia, ou seja, é a porta que se abre para novas expectativas e realizações (Pereira, 2021).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de se discutir uma política específica de cuidado à saúde para as populações indígenas em **situações urbanas**. Nesse sentido nos juntamos com as vozes dos movimentos sociais indígenas pela garantia dos direitos de uma saúde que considere as especificidades culturais e os modos de conceber a saúde e doença. A aproximação dos territórios de vida, as redes de relações, permite a discussão sobre o fortalecimento das políticas públicas de territórios distintos (Schweickardt *et al.*, 2016).

Assim sendo, a demonstração da análise situacional nas comunidades indígenas da zona norte de Manaus, a partir das ferramentas SWOT e 5W2H, intencionou fortalecer a Gestão do Cuidado em territórios indígenas, entendidos como espaços sócio-políticos ativos e não como lugar de vazio e ausência, mas locais de potência e de inovações e de estratégias para produção da prática do cuidado seja nas redes formais como nas informais. Seguem os resultados da **SWOT e 5W2H**.



## RESULTADOS MATRIZ SWOT

Dessa forma, apresentaremos análise do cenário identificado no território das comunidades indígenas da zona norte de Manaus como segue:

### Pontos Fortes

- ✔ Existência de 25 comunidades e 35 etnias indígenas do território da zona norte de Manaus;
- ✔ Redes vivas no processo do cuidado;
- ✔ Presença de 04 Agente Indígenas de saúde - AIS, capacitados;
- ✔ Rede informal conectada com o acolhimento dos indígenas agendados para atendimento médico ou odontológico e demais serviços ofertados nas unidades de saúde;
- ✔ Gestão participativa dos gestores dos EAS no apoio as Redes Vivas;
- ✔ Quadro epidemiológico das comunidades indígenas;
- ✔ Maior visibilidade dos povos indígenas nas comunidades;
- ✔ Maior visibilidade do profissional AIS;
- ✔ Agenda aberta com a gestão do Distrito de Saúde Norte e lideranças indígenas;
- ✔ Vinculação com os diretores das unidades de saúde, a fim de tornar real a integralidade do cuidado à pessoa indígena;
- ✔ Presença de profissional médico indígena;
- ✔ Participação ativa dos AIS na agenda das reuniões setoriais (Unidades de Referência - UBS) e de APS (Estratégia Saúde da Família - ESF).

## Pontos Fracos

- ✔ Falta de conhecimento da equipe de saúde multiprofissional do DISAN quanto ao cuidado integral no contexto da cultura indígena;
- ✔ Rotatividade de profissionais de saúde;
- ✔ Inércia quanto a interação da equipe de saúde e comunidade indígena;
- ✔ Pouca adesão da pessoa indígena com os serviços de saúde ofertados, devido à falta de acolhimento dos profissionais de saúde;
- ✔ Falta de monitoramento do quadro epidemiológico das comunidades indígenas;
- ✔ Ausência de saneamento básico; meio ambiente insalubre – Falta de ações voltadas para o meio ambiente – Educação ambiental.

## Ameaças

- ✔ Descontinuidade do processo de vinculação das comunidades e unidades de saúde;
- ✔ Falta de parceria com Organização Internacional para as Migrações (OIM) e CÂRITAS (Igreja Católica);
- ✔ Não cadastramento das pessoas indígenas no território;
- ✔ Não atualização dos cadastros indígenas no território;
- ✔ Epidemias e Pandemias.

## Oportunidades

- ✔ Fortalecimento da promoção do cuidado tradicional e científico em território indígena;
- ✔ Garantia de agenda aberta para as lideranças e caciques no Distrito de Saúde Norte;
- ✔ Interação nas comunidades indígenas com os técnicos dos programas do Ministério da Saúde, tais como: a saúde da mulher, do homem, da criança, saúde bucal, em âmbito indígena, destacando-se o autocuidado contra Sífilis -HIV, tabagismo entre outros;
- ✔ Educação permanente para profissionais de saúde quanto à cultura indígena;
- ✔ Ações e serviços nas comunidades indígenas por instituições externas. (OIM; CÂRITAS);
- ✔ Prática contínua de intensificação de registro de cadastro individual.
- ✔ Atualização de cadastro individual.
- ✔ Interação dos AIS com a equipe técnica da Gerência de Inteligência – Territorialização e Núcleo de Monitoramento – NUMOA, e de programas de saúde vinculadas ao Núcleo de Ações Estratégicas – NUAES - Gerência de Atenção em saúde – GEATS;
- ✔ Produção da rede do cuidado no território durante a escuta inicial com

as lideranças e caciques, em que passaram a ser mais frequentes durante as visitas nas comunidades, que são: agendamentos prévios pelos AIS; interação contínua entre os AIS, comunidade e equipe de saúde.

- ✔ Reconhecimento da profissão AIS nas comunidades, inclusive no ambiente dos tikunas;
- ✔ Desdobramentos para o serviço em saúde;
- ✔ Mapeamento das redes do território.

Os resultados nos mostram algumas questões que já são de consenso no trabalho com saúde indígena no contexto urbano. Uma delas é a questão da educação permanente para os profissionais de saúde da rede municipal de saúde, pois isso se constitui numa barreira de acesso para os usuários indígenas. A atenção diferenciada é uma forma de produzir acesso e diminuir os preconceitos em torno da identidade indígena. Por isso, a reivindicação por um médico indígena na rede, significa uma aproximação identitária importante para um cuidado integral, pois há uma compreensão dos sentidos dados aos processos de saúde e doença.

Há um reconhecimento da presença do AIS, com a solicitação de formalização dessa figura no trabalho de saúde da rede de saúde do município. Com a presença dessa figura, a solicitação é que esse participe das reuniões da equipe e da gerência, ou seja, há um pedido de maior presença na gestão da saúde no território. Por outro lado, a comunidade também solicita uma gestão compartilhada do trabalho do AIS no território.

O território e a diversidade de povos indígenas são entendidos como uma fortaleza, que pode ser utilizada para uma visão ampliada de cuidado. O mapeamento do território realizado pela própria comunidade é uma estratégia participativa, que pode trazer elementos que estão invisíveis aos olhos dos gestores e trabalhadores da equipe de saúde. Mostrar a potencialidade do lugar é uma possibilidade de promover a saúde no território.

A reivindicação das lideranças na gestão da saúde é central para um cuidado territorializado, que considere as redes e outros modos de prevenir, promover e proteger a saúde. Além disso, uma gestão com outros cuidadores e especialistas da medicina indígena é uma oportunidade para a ampliação do cuidado, pois é um modo de reconhecer que há outros modos de fazer saúde, para além do conhecimento biomédico. Assim, compreendemos a palavra “rede” é central nessa discussão, pois significa fazer junto com as populações e lideranças.



## RESULTADOS 5W2H

### **What? (O quê?)**

Nessa etapa, compreendemos que a aplicação do planejamento estratégico nas comunidades indígenas torna-se necessário devido as especificidades das pessoas e espaços. Sendo importante entender as formas das produções do cuidado realizadas em território indígena.

### **Why? (Por quê?)**

Nessa etapa, foi importante perceber o propósito das Redes Vivas do Agente Indígena de Saúde, ou seja, evidenciar porque as redes vivas desse agente indígena foram importantes para a produção do cuidado no território das comunidades indígenas. Bem como entender os recursos foram utilizados para o desenvolvimento das ações em saúde, pontuar as motivações e justificar a necessidade da garantia da produção do cuidado integral da pessoa indígena que vive nas comunidades urbanas.

### **Where? (Onde?)**

A pesquisa foi realizada na zona Norte de Manaus, nas comunidades indígenas pertencentes às áreas de abrangência do Distrito de Saúde Norte.

### **When? (Quando?)**

Durante a análise situacional foi primordial entender que devido as dificuldades de acesso da pessoa indígena nas unidades de saúde, faz-se necessário, planejar e estabelecer datas definidas com gestores, equipes de saúde e liderança local, para atividades coletivas nos territórios das comunidades, a partir das redes vivas do agente indígena de saúde – AIS.

### **Who? (Quem?)**

Esse foi o momento de definição dos profissionais responsáveis por cada uma das tarefas que foi listada no planejamento, o que garantiu a visibilidade da população indígena. Pois, os resultados mostraram que a partir do tecer das redes vivas do AIS, todos os envolvidos sabiam exatamente quais as suas funções e atividades a serem realizadas.

### **How? (Como?)**

Para alcançar o objetivo principal que foi entender de que forma era produzido o cuidado nas comunidades indígenas da zona norte de Manaus, foi primordial o estabelecimento de métodos e processos alinhados às redes vivas do AIS, no intuito de alcançar êxito no trabalho coletivo.

### **How much? (Quanto?)**

Essa etapa não contemplou custo para a execução da pesquisa no terri-

tório das comunidades indígenas. No entanto, demandou horas de trabalho dos profissionais de saúde das equipes envolvidas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação das ferramentas Matriz SWOT e 5W2H, a partir da pesquisa, foi importante porque possibilitou dar mais visibilidade aos trabalhadores indígenas e o cenário de prática nas comunidades indígenas no território da cidade. Ao mesmo tempo, foi possível identificar as redes de cuidado produzidas pelos AIS, potencializando o cuidado para além da atenção das equipes multiprofissionais de saúde. O exercício do planejamento participativo também representou um espaço de escuta das comunidades indígenas, profissionais de saúde, AIS, lideranças indígenas, possibilitando visibilizar as demandas do território. A atividade também significou o conhecimento e reconhecimento da presença indígena na área de abrangência das unidades de saúde, possibilitando a criação de estratégias de inclusão desses grupos.



## REFERÊNCIAS

- Alves, R. A. L., Gomes, L. E., Toledo, N. T., Schweickardt, J. C. & Tobias, R. (2023). “NINGUÉM DEIXA DE SER INDÍGENA PORQUE MORA NA CIDADE”: um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os povos indígenas no contexto pandêmico de Covid-19. In: Tobias, R.; Toledo, N. N.; Bezerra, C. C., Alves, R. A. Li. & Andrade, T. R. (2023). **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural**. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 306 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.26).
- Artini, A., & Schweickardt, J. C. (2023). Agente Indígena de Saúde no contexto urbano de Manaus: uma rede viva no enfrentamento da pandemia de Covid-19. In: Schweickardt, J. C. & Kadri, M. R. **Um laboratório produzindo inovações em saúde nas Amazônia: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 27). E-book (PDF).
- Brasil. (1990). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

- Cruz, D. M. B., Neris, L.M., Boas, L.G.V., & Menezes, J.D.S. (2017). Aplicação do planejamento estratégico a partir da análise SWOT: Um estudo numa empresa de tecnologia da informação. In: **Simpósio de Engenharia de Produção de Sergipe**, 9., 2017, São Cristóvão. Anais eletrônicos... São Cristóvão: DEPRO/UFS. p. 140-154. Disponível em: <http://simprod.ufs.br/pagina/21037>
- Dias-Scopel, R.P., Langdon, E.J., Scopel, D. (2007). Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena. **Tellus**; 13:51-73.
- Diehl, E.E, Langdon, E.J., Dias-Scopel, R.P. (2012). Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad Saúde Pública**; 28:819-31.
- Erthal, R.M.C. (2003). A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: Coimbra Jr., C.E.A., Santos, R.V., & Escobar, A.L. (Orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 197-216.
- Funasa. (1996). Fundação Nacional de Saúde. **Formação de agentes indígenas de saúde**. Proposta de diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Garnelo, L. (2003). **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/historico>. Acesso em: 02 fev. 20230
- Kolling, P., Silvestri, M. Reflexões sobre território e terra indígena: aspectos culturais, sociais e jurídicos. **Para Onde**. v. 12, n. 1, p. 211-226, 2019. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/paraonde/article/view/94569>>.
- Merhy, E.E., Gomes, M.P.C. Silva, E., Santos, M.F.L., Cruz, K.T. & Franco, T.B. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. 52.
- Pereira, J. C. M. (2021). **Indígenas na cidade de Manaus (AM)**. Novos Cader-nos NAEA, [S.l.], v. 23, n. 3, jan. ISSN 2179-7536. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/8257>>. Acesso em: 15 out. 2022.

- Sapiro, A., & Chiavenato, I. (2003). **Planejamento estratégico: fundamentos e aplicações**. Rio de Janeiro.
- Seeger, A., & Viveiros de Castro, E. B. (1979). **Terras e territórios indígenas**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira. Disponível em: [https://etnolinguitica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Aseeger-castro-1979\\_terras/Seeger\\_Castro\\_1979\\_Terras\\_e\\_territorios\\_indigenas.pdf](https://etnolinguitica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Aseeger-castro-1979_terras/Seeger_Castro_1979_Terras_e_territorios_indigenas.pdf)Acesso em 21 de fevereiro de 2024.
- Teixeira, C. A., & Alonso, V. L. C. (2014). A Importância do Planejamento Estratégico para as Pequenas Empresas. In: **Simpósio de excelência em gestão e tecnologia (SEGeT)**, XI, Anais. Rio de Janeiro.
- Tobias, R., Toledo, N. N., Bezerra, C. C., Alves, R. A. Li., & Andrade, T. R. (2023). **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural**. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 306 p. (Série Saúde & Amazônia, v.26).
- Verçosa, V., Schweickardt, J. C., Lemos, S. M., & Tobias, R. (2023). Saúde Mental e Bem Viver de jovens indígenas em contexto urbano. In: Tobias, R., Toledo, N. N., Bezerra, C. C., Alves, R. A. Li., & Andrade, T. R. **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural**. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 306 p. (Série Saúde & Amazônia, v.26).

# Os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira, Amazonas

Cristianne Bressan Vital de Souza  
Júlio Cesar Schweickardt

## INTRODUÇÃO

Este presente capítulo traz relatos de experiências vividas por mulheres que vivem com HIV na região da tríplice fronteira Brasil, Peru e Colômbia. O objetivo é compreender como a pandemia de Covid-19 afetou o acesso dessas mulheres ao atendimento ao serviço de HIV no município de Tabatinga, estado do Amazonas. A escuta das mulheres nos permitiu identificar algumas barreiras de acesso ao serviço de HIV durante o período de emergência em saúde pública e crise sanitária em uma região de permanentes mudanças.

Este estudo integra a dissertação de mestrado concluída dentro do Programa Vigifronteiras<sup>5</sup>. Nele, examinamos documentos do serviço referentes ao período de 2020 a 2022, com o objetivo de mapear o processo de atendimento prestado às mulheres que vivem com HIV. Em uma etapa subsequente, conduzimos entrevistas utilizando um roteiro com 10 mulheres que recebem assistência no Serviço de Atendimento Especializado do município.

As infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) reassumiram uma po-

<sup>5</sup> - Programa Vigifronteiras é um consórcio de Programas da Fiocruz (ENSP e ILMD) para oferta de mestrado e doutorado trabalhadores brasileiros e estrangeiros que atuam nas regiões de fronteira. O Programa tem o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)

sição proeminente como uma questão significativa de saúde pública em escala mundial, especialmente após a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Isso ocorre porque indivíduos com IST enfrentam um aumento significativo no risco de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e esse risco é ainda mais elevado quando a doença está associada a úlceras genitais (Brasil, 2006).

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente ocorrem aproximadamente 333 milhões de casos de infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que são passíveis de tratamento, sendo que mais de dois terços desses casos estão concentrados em países em desenvolvimento. Adicionalmente, a cada ano, ocorrem milhões de casos de IST não tratáveis, tais como herpes genital (HSV-2), infecções pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) e infecção pelo HIV. Acredita-se que a maioria dessas infecções afete indivíduos com menos de 25 anos, sendo que as taxas mais elevadas geralmente são observadas na faixa etária de 20 a 24 anos, seguida pela faixa etária de 15 a 19 anos (Dehne & Riedner, 2005; WHO, 2005).

O HIV ao longo dos anos tornou-se um problema de saúde pública global que gera impactos na vida de diversas pessoas em todo planeta, sendo registrado 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2021, totalizando 84,2 milhões de pessoas infectadas por HIV desde o início da epidemia (UNAIDS, 2022). A grande maioria das populações atingidas foram as profissionais do sexo, gays e homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis, pessoas trans e suas parcerias sexuais que somam 70% das infecções mundialmente (UNAIDS, 2022). No Brasil, o HIV afeta centenas de pessoas todos os anos, de acordo com o boletim epidemiológico de 2021: “de 2007 até junho de 2021, foram notificados no SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV”. Desde 1980 até 2021 foram confirmados 1.045.355 casos de Aids, desses 65,8% são homens (688.348) e 34,2% mulheres (356.885) (Brasil, 2021, p. 10).

A Organização das Nações Unidas (ONU), UNAIDS e OMS declararam que é possível erradicar a epidemia de HIV/AIDS em nível mundial até 2030. A luta contra a epidemia global de HIV/AIDS tem reunido esforços de autoridades de saúde, pesquisadores, profissionais da saúde e a sociedade civil ao longo de quase quatro décadas (UNAIDS, 2017; ONU, 2016; OMS, 2016). Estas instituições tinham estabelecida uma meta conhecida como Meta 90-90-90, que previa que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV estariam cientes de sua condição, que 90% delas estariam em tratamento antirretroviral contínuo e que 90% das pessoas em tratamento alcançariam uma carga viral indetectável (UNAIDS, 2017).

Desde 2016, no Brasil, nota-se um renascimento da epidemia de HIV/AIDS, acompanhado pela diminuição dos aportes internacionais e pelo fortalecimen-

to de setores conservadores em relação às políticas públicas de saúde. Isso resultou em uma abordagem cada vez mais limitada dos direitos humanos no combate ao HIV/AIDS (Seffner & Parker, 2016; Grangeiro, 2016).

A região brasileira com o maior número de casos, é a Sudeste com 43,3% dos casos, seguida pela região Nordeste com 19,8%, região Sul com 19,7%, região Norte com 9,5% e região Centro-Oeste com 7,7% dos casos. O Amazonas possui uma das maiores taxas de detecção de AIDS entre todos os demais estados, sendo acompanhado do Rio Grande do Sul e Roraima, com 28,7 - 21,8 e 21,2 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (Brasil, 2021).

O município de Tabatinga, notificou, até 2021, 436 casos, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Considerando as especificidades de um município de fronteira, onde há um intenso fluxo de pessoas de diferentes países, que passam a ser usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tabatinga é uma demonstração desse movimento, mostrando a dimensão da universalidade do SUS, pois todas as pessoas são atendidas (Teixeira, 2012).

A ida e vinda desses usuários numa região transfronteiriça traz aos serviços de saúde uma dinâmica própria que envolve a língua, as práticas culturais e os costumes. A gestão da informação tem desafios como a mudança de endereço, o acompanhamento de usuários dos países vizinhos, pois decidem acessar os serviços no lado brasileiro, por ser constituir no lugar mais adequado para realização do cuidado, diagnóstico e tratamento.

A fronteira Oeste do estado do Amazonas é importante epidemiologicamente em termos de propagação da epidemia, especialmente o município de Tabatinga, localizado na fronteira com Colômbia e Peru, que teve registro de 436 casos até o ano de 2021, conforme os dados do SINAN. Nesse contexto, a carga de transmissão da doença, torna-se cada vez mais preocupante, pois para além da necessidade de cuidados estes números indicam uma circulação relevante no caso estudado. Dentro deste contexto, a carga de transmissão da doença se torna cada vez mais preocupante, sendo necessário uma mudança de comportamento e utilização obrigatória de medicamentos antirretrovirais (ARV) para suprimir a carga viral do vírus, visando proporcionar uma vida saudável. Isso se torna particularmente relevante no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, pois a exposição ao HIV durante o nascimento de uma criança a coloca em risco de infecção viral, a menos que o acompanhamento recomendado seja rigorosamente seguido.

De acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro, *“em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é redu-*

*zido a menos de 2%”. Dessa forma, essas ações de planejamento devem envolver a oferta de Terapia Antirretroviral (TARV), bem como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como medida de prevenção da transmissão do HIV. Os estudos científicos mostram que “Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) em TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmite o HIV” (Brasil, 2021, p. 46).*

Nesse sentido, para que haja oferta de tratamento, é necessário a identificação e diagnóstico desses casos pelos serviços de saúde. Atualmente o diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais e principalmente por meio de testes rápidos para detecção do HIV, sendo a principal porta de entrada para esses usuários à Unidade Básica de Saúde (UBS), que ao detectar um caso, torna-se responsável pelo acompanhamento e seguimento do usuário.

Durante o acompanhamento, o tratamento desses pacientes passa a ser monitorado através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SI-CLOM), no qual são cadastrados todos os usuários que fazem uso de TARV e que estejam previamente notificados no SINAN, bem como, aqueles que fazem uso de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) ou PrEP, através do qual é possível monitorar desde o tratamento, como também o atraso e abandono dos pacientes cadastrados.

Considerando os cenários da fronteira e da pandemia de Covid-19, buscamos trazer à discussão a situação de um grupo específico de mulheres que convivem com HIV. Nesse sentido, tivemos o apoio do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Tabatinga, tanto com informações como o contato com as mulheres.

A luta contra o HIV é uma empreitada que se estende ao longo de um período considerável, e é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da Agenda 2030, que almeja erradicar a AIDS e outras doenças transmissíveis. Isso enfatiza a importância de discutir essa temática, já que se trata de um problema contemporâneo que continua a afetar a vida de muitas pessoas, incluindo as mulheres. Dado que as mulheres constituem um grupo que requer atenção significativa em relação ao tratamento do HIV, a compreensão da situação desse tratamento oferecido a elas fornece informações cruciais para a tomada de decisões que visam aprimorar a qualidade de vida desse público.

Através dos resultados obtidos, buscamos fornecer alternativas e sugestões para aprimorar a assistência prestada às mulheres que vivem com HIV, além de compreender as respostas tanto dos serviços de saúde quanto das próprias usuárias diante da pandemia. Nosso propósito incluiu a investigação das possíveis mudanças ocorridas durante o período da pandemia de Covid-19. Dessa forma, procuramos avaliar se as mulheres vivendo com HIV na

região de fronteira entre Tabatinga e Letícia enfrentaram dificuldades devido às medidas sanitárias adotadas durante essa crise, no que diz respeito ao acesso aos serviços especializados no lado brasileiro.

Em última análise, compreender a realidade experimentada pelas usuárias do serviço prestado no município se torna essencial, pois nos possibilita reconhecer as questões atuais e avaliar as estratégias implementadas para enfrentar a pandemia. Além disso, o estudo proporcionou insights por meio dos relatos de experiência compartilhados por essas mulheres, o que permitiu identificar, sob a perspectiva das usuárias, as principais barreiras enfrentadas no acesso aos serviços de HIV durante a pandemia. Isso nos proporcionou uma compreensão mais profunda das situações vivenciadas por elas durante um período de crise de saúde pública e instabilidade sanitária em uma região sujeita a mudanças constantes.



## CONEXÕES INESPERADAS: HIV/AIDS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

É fato que a pandemia por Covid-19 gerou grandes impactos em diversos setores do mundo, e os serviços de saúde não ficaram isentos disso. Os serviços de saúde no Brasil, apesar de serem contemplados por um Sistema Único de Saúde (SUS), ainda possuem muitas fragilidades que sofreram ainda mais durante a pandemia. Dentre os principais impactos da pandemia no seguimento de pessoas vivendo com HIV, destacamos aqueles relacionados ao tratamento e diagnóstico precoce, pois com a necessidade do isolamento social, muitas pessoas que realizavam o tratamento acabaram deixando de ir aos serviços o que consequentemente pode ter influenciado em atrasos de dispensação de medicamentos e até mesmo o abandono. Além disso, a pandemia pode gerar consequências futuras, principalmente decorrente de demandas reprimidas no que tange ao diagnóstico e tratamento de pessoas vivendo com HIV.

Trazendo esta questão para o contexto de enfrentamento ao HIV, é importante debater tal temática porque continua impactando a vida de muitas pessoas, na qual, destacando a vida das mulheres. Assim, conhecer a situação do tratamento ofertado a elas, pode contribuir com a tomada de decisões para um cuidado integral e de qualidade para este grupo, principalmente relacionado a prevenção da transmissão vertical.

O processo de feminização da epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil é preocupante para saúde pública por haver uma maior morbidade e mortalidade perinatal, diminuição da fertilidade e aumento dos casos de transmissão vertical, aumentando, assim, o número

de indivíduos infectados com o HIV (Chaves *et al.*, 2019). O aumento da Aids entre as mulheres, sua maior incidência durante a idade reprodutiva e o fato de a forma predominante de infecção decorrer das relações heterossexuais, faz com que a Aids seja um tema de crucial importância para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pois aparece associada a outros desfechos de saúde (Teixeira, 2012, p. 51).

É evidente que a pandemia produziu e ainda produzirá grandes impactos na saúde global e nacional. No que tange ao HIV, como este é um grande problema de saúde acaba sofrendo com as consequências dessa pandemia, que poderá reter seus reflexos a curto e longo prazo. Como bem enfatizaram Celuppi *et al.*, (2022, p.2) *“embora instituições internacionais e órgãos governamentais já venham demonstrando preocupação com a epidemia de HIV ao longo dos anos, a pandemia de Covid-19 apresenta inúmeras barreiras e desafios à continuidade do cuidado”*.

Na região de fronteira foram tomadas medidas para o enfrentamento da pandemia como fechamento da fronteira, a proibição de transporte de cargas e pessoas por via fluvial, a criação de barreiras sanitárias para a entrada nas áreas indígenas, divulgação das informações para a populações, medidas de quarentena (Goveia, 2020). As medidas transformaram os modos de organizar a vida na fronteira, as relações familiares e sociais, assim como econômicas Schweickardt *et al.* (2022, p. 41), em estudo sobre as práticas sociais de enfrentamento a Covid na Amazônia, mostraram que os usuários da Atenção Básica tiveram dificuldades para seguimento de *“orientações sanitária de isolamento, higienização, uso de máscaras e distanciamento físico porque as condições socioeconômicas não combinavam com tais orientações”*.

Assim, a pandemia exigiu mudanças nos modos de vida da população, se ajustando às novas condições de isolamento social e de uso das medidas não-farmacológicas de prevenção aos vírus da Covid-19. Na fronteira, observamos a força do SUS porque deu respostas efetivas para o enfrentamento da pandemia, mesmo diante de tantas incertezas que abalou a ciência e a saúde pública. No entanto, com os testes e as vacinas, podemos verificar a possibilidade de responder às necessidades da população com uma política pública universal e integral.



## DESAFIOS E RESILIÊNCIA: MULHERES, HIV, COVID-19 E A VIDA NA FRONTEIRA

No período de 7 a 11 de agosto de 2023, foi conduzido um estudo de campo em Tabatinga-AM, no qual foram realizadas 10 entrevistas com mulheres vivendo com HIV. A pesquisadora conduziu as entrevistas, utilizando um con-

junto de perguntas semiestruturadas, com o propósito de analisar os efeitos da emergência sanitária em uma região de fronteira, com foco especial em um setor que, até então, continua envolto em estigmas. As entrevistas foram conduzidas com consentimento prévio e registradas em áudio para precisão. As participantes discutiram atendimentos, serviços e ações no território, e os resultados foram organizados de acordo com as dimensões de análise da metodologia. Eles destacaram os desafios enfrentados pelos gestores locais durante a crise da Covid-19, com base nas experiências das usuárias.

Recrutar as participantes não foi tarefa fácil devido a problemas como falta de contato telefônico atualizado e mudanças frequentes de endereço na região de mobilidade populacional. Muitas usuárias do serviço residem em municípios vizinhos a Tabatinga, mas utilizam o serviço quando necessário. O estigma associado à doença ainda é uma preocupação central para as entrevistadas. As entrevistas foram conduzidas com informação prévia sobre as perguntas e antes de todas as entrevistas, um termo de consentimento livre e esclarecido, foi lido para os participantes. Além disso, as entrevistas foram gravadas em áudio, permitindo uma coleta e registro mais precisos dos dados. Este estudo foi conduzido seguindo as resoluções do Conselho Nacional de Saúde e aprovado para execução sob o parecer de número 6.210.707 CEP.

Nos últimos 15 anos, o Brasil fez diversos avanços no enfrentamento a epidemia do HIV/AIDS, como estabilizar a taxa de detecção do HIV e diminuir o coeficiente de mortalidade por AIDS no período (UNAIDS,2022). No entanto, os resultados positivos se depararam com a persistência da epidemia em algumas áreas do Brasil. Nesse contexto, foram implementadas iniciativas específicas pelas agências que fazem parte do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, incluindo o surgimento do programa Amazonaids, na região do Alto Solimões.

O programa Amazonaids enfrentou desafios significativos devido à resistência ao estigma e preconceito em relação ao HIV/AIDS. Grupos vulneráveis, como trabalhadoras do sexo e a comunidade LGBT, sofrem uma dupla estigmatização quando lidam com a discriminação associada ao HIV/AIDS, o que tornou a abordagem da situação no Alto Solimões particularmente complexa. Além disso, a região enfrentou desafios logísticos devido à sua acessibilidade limitada, dependendo principalmente de transporte fluvial devido à escassa infraestrutura terrestre. A localização remota do Alto Solimões na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru também facilitou as atividades do narcotráfico e do crime organizado, apesar da presença militar substancial, tornando a região altamente vulnerável (UNAIDS,2022).

Nas Unidades Básicas de Saúde do lado brasileiro, também é fornecida assistência médica a peruanos e colombianos que utilizam o sistema de saúde

público e universal. A diversidade étnica e cultural na região, com grandes comunidades indígenas e ribeirinhas em uma vasta extensão geográfica, cria desafios adicionais para a implementação de programas de saúde. A saúde em regiões de fronteira é influenciada pela mobilidade populacional, aumentando o risco de surtos de doenças. Além disso, atividades de alto impacto ambiental, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso a serviços de saúde e as condições de vida precárias de grupos vulneráveis são desafios significativos para as ações de saúde e a vigilância nas relações transfronteiriças (Levino & Carvalho, 2011; Machado *et al.*, 2017).

A pesquisa revelou que a maioria das entrevistadas recebeu seus diagnósticos após o reforço das ações promovidas pelo programa Amazonaids, com períodos de tratamento variando de 2 a 10 anos. Esse longo tempo de envolvimento com o serviço permitiu que as usuárias adquirissem um conhecimento detalhado dos procedimentos de atendimento, incluindo os dias de consultas médicas e os dias de realização de exames de Carga Viral.

Além disso, o prolongado período de vinculação ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e à Atenção Primária à Saúde (APS) proporcionou um contato mais próximo com os profissionais de saúde locais. Durante as entrevistas, as mulheres puderam compartilhar suas experiências sobre como descobriram seus diagnósticos, destacando o impacto desse momento em suas vidas. As entrevistas refletiram a persistência do estigma na sociedade, o que influencia a aceitação do diagnóstico pelas usuárias.

Dependendo do grau de angústia psicossocial, as condições de vulnerabilidade a comportamentos autodestrutivos podem aumentar, envolvendo agressões direcionadas a si mesmas de diversas maneiras, o que pode resultar em sérios danos à vida, incluindo risco de morte. Portanto, o comportamento auto lesivo muitas vezes emerge como uma tentativa de aliviar um sofrimento prolongado ou intenso, quando outras estratégias se mostraram ineficazes. Algumas condições crônicas de saúde, como a infecção pelo HIV, podem criar desafios difíceis de enfrentar, aumentando a predisposição ao risco de comportamentos autodestrutivos (Malava *et al.*, 2018). Pesquisas revelaram que pessoas vivendo com PVHA frequentemente enfrentam consideráveis pressões sociais e emocionais, podendo reagir de maneira desfavorável a essas tensões, mesmo quando recebem apoio psicossocial especializado.

Os relatos das entrevistas permitiram um conhecimento inicial sobre as participantes e evidenciaram as dificuldades iniciais sentidas por elas ao longo de suas histórias a partir do diagnóstico com o HIV. Ainda permitem perceber possíveis fragilidades dos serviços de saúde no que diz respeito às ações de educação em saúde, pois a maioria delas desconheciam questões sobre o agravo, até terem seu diagnóstico, bem como a angústia psicossocial e os

estigmas que existem nas famílias por também desconhecerem a forma de transmissão, tratamento, entre outros assuntos pertinentes, como pode se observar a seguir:

Meu marido era motorista do IST, aí ele foi fazer os testes rápidos e me chamou para fazer também, em 2015[...]. Eu já tenho problema de epilepsia, no início foi muito ruim, não conseguia aceitar, tentei suicídio (enforcamento por corda), meu irmão viu e não deixou eu me matar. Até hoje tenho dificuldade em aceitar o diagnóstico dessa doença. Eu era excluída no início até dentro da minha casa, até meus talheres eram separados pelos meus familiares (Entrevistada 3).

Eu tinha 14 anos de idade[...], fiquei muito abalada, em estado de choque, pois não aceitava estar com essa doença. Após ter descoberto que havia adquirido o vírus por conta do meu marido ter o vírus e nunca ter contado para mim, logo a pessoa que eu mais confiava me traiu, sendo que meu marido morreu devido a doença, pois ele não tratava; após eu ter descoberto que estava com HIV, eu tentei suicídio 3 vezes. Relata ainda que sempre sofreu com abuso sexual e violência psicológica, eu saí de casa muito nova porque era abusada sexualmente pelo meu padrasto e eu não podia falar nada porque eu era ameaçada. E como saí cedo de casa e logo engravidei acabei passando por essa mesma situação com meu marido e o pior que ele me trancava em casa para sair com amantes, eu passei por todo tipo de humilhação e violência que se possa imaginar (Entrevistada 10).

Até meados dos anos 2000, quase todos os casos registrados de AIDS no Amazonas estavam concentrados em Manaus. As pessoas frequentemente deixavam suas comunidades de origem por medo do estigma. Alguns municípios preferiam enviar os usuários para a capital, não apenas para obter tratamento, mas também para evitar o estigma. No entanto, hoje, a epidemia, que foi ignorada por tanto tempo, tem nomes, rostos e estatísticas que a tornam mais visível (Kadri & Schweickardt, 2014; UNAIDS, 2017).

O estigma associado ao HIV ainda é um grande desafio para o tratamento e a prevenção da doença, como destacado em conferências internacionais sobre a AIDS. O medo, muitas vezes devido à falta de compreensão da infecção pelo HIV, junto com atitudes negativas em relação às pessoas afetadas, persiste, apesar de décadas de esforços de conscientização. Esse estigma resulta em discriminação, o que desencoraja as pessoas de buscar serviços de saúde, incluindo testes de HIV e métodos de prevenção (Parker, 2013).

Além disso, o estigma também levou a um problema adicional: diagnósticos tardios, especialmente entre indígenas e ribeirinhos que residiam em

áreas extremamente remotas, muitas vezes a dois ou três dias de viagem de barco de Tabatinga. O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV não apenas contribui para a disseminação do vírus, mas também frequentemente leva o usuário a desenvolver a AIDS e sucumbir a doenças oportunistas. Além disso, até mesmo os profissionais de saúde dedicados ao atendimento desses usuários muitas vezes enfrentam o peso do estigma. Eles carregam consigo os questionamentos de natureza moral da sociedade.

O impacto da infecção nas relações das mulheres entrevistadas com a sociedade foi uma questão recorrente nas entrevistas, abrangendo os relacionamentos familiares, o ambiente de trabalho e a comunidade em geral. A construção de redes de apoio para buscar tratamento e assistência também enfrentou desafios persistentes, como evidenciado nos relatos das entrevistadas:

Não quis contar para meus amigos por conta do estigma que se tem com essa doença. [...] tenho muito receio em relação a minha doença, mesmo tomando meus remédios tenho medo de morrer (Entrevistada 1).

Fiquei muito abalada emocionalmente, demorei até ter coragem de contar para os filhos e parentes, os meus amigos não sabem, eu morava em uma comunidade, me mudei para Manaus, pois a comunidade ficou sabendo que eu tinha essa doença e fiquei muito triste e constrangida com os comentários que faziam. Todos da comunidade falavam que eu tinha Aids e me olhavam com indiferença e medo. Teve até uma pessoa que veio me dizer que eu não poderia estar em lugar com muitas pessoas porque iria passar a doença até hoje tenho dificuldade em aceitar o diagnóstico dessa doença (Entrevistada 2).

Os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na promoção da qualidade de vida dos usuários, especialmente daqueles que requerem cuidados contínuos. A implementação de estratégias de educação permanente em saúde desempenhou um papel crucial no processo de cuidado. Essas estratégias fornecem informações compreensíveis sobre a doença, seus métodos de tratamento e transmissão, facilitando o entendimento do processo saúde-doença-cuidado.

É fundamental destacar que viver com o HIV/AIDS não se assemelha simplesmente ao enfrentamento de uma doença crônica, mas sim a uma condição permeada por imagens e estigmas. Essas implicações não apenas decorrem da gravidade intrínseca da doença, mas também das representações sociais que a cercam. Esse desafio é amplificado pela carência de tratamentos eficazes que possam resultar em cura, bem como pelas barreiras

sociais e econômicas que afetam a prevenção, o agravamento da doença e a adesão ao tratamento.

Receber o diagnóstico de uma doença crônica, como a AIDS, constitui uma das experiências mais angustiantes na vida de um indivíduo. Além das medidas de prevenção e tratamento, é fundamental adotar uma abordagem de cuidados abrangentes e integrados em saúde, que envolva vários setores e atores, com destaque para as redes de apoio social. O apoio social desempenha um papel crucial na gestão adequada da condição, beneficiando tanto aqueles que recebem quanto aqueles que oferecem esse suporte. A conexão social e a interação com essas redes desempenham um papel vital no bem-estar das pessoas afetadas pela doença. Portanto, é imperativo assegurar, promover e implementar cuidados abrangentes em saúde, considerando os princípios de acesso universal e integralidade da assistência às PVHA, com um foco especial nas redes de apoio social e suporte (Lavezzo *et al.*, 2019)

Durante os últimos anos, a disponibilidade dos medicamentos antirretrovirais levou a um declínio relevante da morbidade e da mortalidade relacionadas ao HIV/AIDS. O Brasil segue a tendência, observada em outros países que promovem o acesso universal ao tratamento com antirretrovirais. Na observação dos avanços alcançados no conhecimento da infecção pelo HIV, destaca-se a evolução ocorrida no tratamento antirretroviral. O advento de recursos disponíveis de tratamento traz novos desafios para a compreensão e enfrentamento da enfermidade (Monteiro *et al.*, 2017).

Os regimes terapêuticos, com maior leque de combinações possíveis, transformaram a infecção pelo HIV, de doença devastadora que quase invariavelmente conduzia a pessoa infectada à morte, a uma doença crônica com possibilidades de controle. A terapia antirretroviral no Brasil trouxe benefícios na sobrevivência e redução da morbidade e mortalidade relacionada à doença. Para tanto, o diagnóstico deve ser o mais precoce possível, seguido da disponibilização da terapia antirretroviral (Monteiro *et al.*, 2017).

O Serviço de atendimento e dispensação de ARV é gratuito no Brasil e na região da tríplice fronteira, tendo em vista que nos outros países (Peru e Colômbia) o sistema impõe barreiras de cobertura e pagamentos por serviços, faz com que a rede de saúde do Brasil receba os usuários de Letícia, na Colômbia, e de várias cidades do Peru, como Santa Rosa, que fica do outro lado do Rio Solimões (UNAIDS, 2017).

Em relação ao tratamento, as mulheres relataram ter iniciado tão logo tiveram conhecimento da sua sorologia. Na sua maioria não tiveram dificuldades para começar a terapia com antirretrovirais e as que tiveram dificuldades, foi devido à falta de conhecimento sobre o local a ser buscado ou por residir em

outra cidade na época do diagnóstico, como apontam os relatos a seguir:

Não quis contar para meus amigos por conta do estigma que se tem com essa doença. [...] tenho muito receio em relação a minha doença, mesmo tomando meus remédios tenho medo de morrer (Entrevistada 2).

Demorei um pouco a iniciar meu tratamento. [...]. No início tive dificuldade por falta de conhecimento, não sabia muito bem onde deveria ir e quem deveria procurar (Entrevistada 8).

A região amazônica é um espaço geográfico onde diversas dinâmicas sociais e de poder se entrelaçam, exigindo uma abordagem de gestão e cuidado característica de um território vivo, onde há uma interação entre as pessoas e a geografia regional, formando redes vivas de cuidado e atenção (Schweickardt *et al.*, 2016).

O capítulo "*Longe Muito Longe*" do livro "*Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde*" aborda a importância de compreender o sistema de saúde na região amazônica, visando garantir a continuidade dos cuidados, a integralidade da atenção à saúde e a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde nessa vasta região. O território amazônico é o ponto de partida para essa reflexão, destacando a influência das comunidades locais, sua vida social e cultural, no complexo contexto de cuidado. Essa realidade vivida desafia representações teóricas, pois o contexto não é apenas um pano de fundo, mas sim um cenário profundamente enraizado que confere significado e propósito à presença das unidades de saúde na região, promovendo diversas relações e experiências com as comunidades locais (Heufmann *et al.*, 2016).

Conforme mencionado pela entrevistada 2, mesmo considerando as particularidades de uma região de fronteira, o atendimento ainda se destaca pela sua qualidade superior em comparação com a capital Manaus. É observado que as dificuldades de acesso aos serviços são frequentemente atribuídas a questões logísticas e à falta de informações. Esses desafios poderiam ser abordados no momento do diagnóstico, a fim de facilitar o estabelecimento de um vínculo mais eficaz com os usuários.

Quando questionado às usuárias se o fato de viverem numa região de fronteira, distante da capital, tornava-se algo difícil, relataram que não, pontuando que residir em um município de interior traz diversas facilidades, como por exemplo, menor custo de transporte, alimentação, menos tempo em filas e todas as dificuldades de logística de uma grande metrópole. Entretanto as estruturas e serviços médicos especializados se concentram na capital, assim para garantia da continuidade do cuidado, que faz parte do protocolo de aten-

dimento a um portador de doença crônica (consulta com infectologista, exames específicos), impõe-se a necessidade periódica de deslocamento. Assim, como retratado nos depoimentos abaixo, a condição de residente em áreas de fronteira cria dificuldades adicionais para garantia da integralidade da atenção:

Não, porém tenho dificuldade em realizar exames mais específicos e consulta com infectologista que não têm, tenho que ir para Manaus (Entrevistada 1).

Deixei de tomar os medicamentos alguns anos pois fui para Manaus e devido a distância do hospital Tropical abandonei o tratamento, só voltei com o tratamento quando voltei para Tabatinga. (Fiquei em Manaus 8 anos e só tomei a medicação durante 4 anos devido a distância do local), porém, aqui em Tabatinga, tenho dificuldade em realizar exames mais específicos e consulta com infectologista que não têm, tenho que ir para Manaus. Demorei um pouco a iniciar meu tratamento. [...]. No início tive dificuldade por falta de conhecimento, não sabia muito bem onde deveria ir e quem deveria procurar (Entrevistada 2).

Os infectologistas desempenham um papel crucial no cuidado das PVHA. Suas principais responsabilidades incluem a prescrição de medicamentos antirretrovirais e a supervisão dos exames laboratoriais necessários para acompanhar a evolução clínica dos usuários. No entanto, é importante observar que esses especialistas estão predominantemente concentrados em Manaus, a capital do estado do Amazonas. Isso gera uma dificuldade significativa para os usuários que residem no interior, pois precisam viajar para a capital a fim de consultar com esses especialistas, um aspecto mencionado em todos os depoimentos das entrevistadas. Seria altamente benéfico considerar a descentralização dessa especialidade para as áreas do interior, a fim de facilitar o acesso e fortalecer o relacionamento entre os usuários e os profissionais de saúde. Essa medida poderia aumentar a frequência e eficácia das consultas, beneficiando assim os usuários.

A pandemia do novo coronavírus trouxe inúmeras mudanças sociais, culturais, econômicas e de saúde, devido a rápida disseminação do vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave- Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e o aumento exponencial de contágio, com consequente mudança na rotina de toda a população. Dentre os mais afetados pelas infecções por coronavírus, destacam-se os indivíduos que pertencem ao grupo de risco, decorrente de doenças crônicas; a exemplo os imunocomprometidos, como as pessoas vivendo com HIV, que apresentam maior risco de exposição e agravamento da doença diante da coinfeção (Pereira *et al.*, 2021). Os desafios foram maiores devido à pouca informação sobre as características de transmissão da Covid-19 em

um contexto de grande desigualdade social. As pessoas em condições de vidas precárias carecem de saneamento e vivem em aglomerações, portanto, a ideia do isolamento social, sem levar em consideração as especificidades inerentes às iniquidades advindas dos fatores sociais pré-existentes, representa um fator de risco para a disseminação da Covid-19 nessas populações. Contudo, as PVHIV necessitam de acompanhamento de saúde regular para, por exemplo, realizar o monitoramento semestral de CD4 e Carga Viral, buscar medicações destinadas ao tratamento, além de tratar doenças oportunistas, comumente presente junto às PVHIV.

Diante dessa pandemia, houve uma série de alterações significativas na rotina da população. Ao indagarmos as mulheres sobre a frequência com que buscaram o serviço e as dificuldades encontradas no atendimento prestado pelo SAE, muitas delas relataram ter comparecido ao SAE em poucas ocasiões, principalmente devido às medidas sanitárias de isolamento. Algumas chegaram até a interromper o tratamento por um período. A maioria descreveu desafios em relação à assistência médica. No relato a seguir, é possível perceber como uma entrevistada avaliou o serviço antes e durante a pandemia:

Antes da pandemia, sempre fui bem atendida. Porém, tenho um pouco de receio de ir no IST, pois como a rua é movimentada, sempre comentam que quem entra ali tem HIV[...]. Durante a pandemia, procurei poucas vezes, pois a medicação estava sendo liberada a cada 3 meses e como tinha medo de sair de casa, só ia buscar minhas medicações. [...] só não tenho muito contato com o médico, aí vou com médica do posto de saúde próximo da minha casa (Entrevistada 1).

Dessa forma, fica evidente a deficiência de recursos humanos que o serviço enfrentou, principalmente relacionado ao médico que não tinha no local, demonstrando uma dificuldade importantíssima, já que o médico é o principal responsável para prescrição do tratamento e acompanhamento dessas mulheres. É importante destacar que, para a maioria das entrevistadas, a localização do SAE é inadequada. Em uma cidade de pequeno porte, onde as relações interpessoais são próximas, as idas ao SAE frequentemente levam à disseminação de boatos sobre o status de HIV das pessoas, criando situações constrangedoras que podem prejudicar o relacionamento das usuárias com o serviço.

Durante as entrevistas, foi possível identificar a extensão do período de dispensação dos medicamentos antirretrovirais para três meses. Essa medida resultou em uma redução nas falhas na adesão ao tratamento e em menores atrasos na retirada da medicação. Como resultado, a maioria das participantes informou que não atrasou a administração de seus medica-

mentos em nenhum mês. No entanto, algumas delas mencionaram ter tido atrasos, conforme relato a seguir:

Sempre peguei minha medicação porque o medo de morrer de HIV era maior do que o de pegar Covid-19, então mesmo com medo de sair de casa eu ia criava coragem e ia buscar meu medicamento conseguia sair de casa (Entrevistada 8).

O SAE conseguiu manter o fornecimento de medicamentos de forma contínua ao longo desse período, garantindo que as usuárias não ficassem sem os medicamentos necessários. No entanto, enfrentou grandes desafios para manter a realização dos exames de Carga Viral nos casos em acompanhamento. Isso reforça o que Celuppi *et al.*, (2022) mencionaram, ou seja, que a pandemia de Covid-19 trouxe inúmeras barreiras e desafios à continuidade dos cuidados de saúde.

A determinação da carga viral do HIV é um dos principais indicadores para avaliar a eficácia do tratamento com antirretrovirais. É crucial lembrar que o resultado da carga viral pode variar rapidamente se o usuário interromper o tratamento com antirretrovirais ou não aderir adequadamente à medicação prescrita pelo médico. Portanto, é altamente recomendado que o teste de carga viral seja realizado a cada seis meses ou anualmente para fins de monitoramento.

Quando indagadas sobre as dificuldades enfrentadas durante a pandemia e se deixaram de fazer os exames de controle da carga viral, a maioria das mulheres respondeu afirmativamente, conforme destacado nos relatos a seguir:

Atrasei a coleta pois fui algumas vezes lá e não estavam atendendo (Entrevistada 6).

Não fiz a carga viral pois as vezes que fui o rapaz estava doente e não estavam atendendo (Entrevistada 8).

A integralidade das ações de saúde está intrinsecamente ligada à qualidade das diversas dimensões do trabalho envolvidas. A interação entre os indivíduos, a estruturação das tarefas, a prática da interdisciplinaridade presente na dinâmica de equipe e a constante incorporação de novos conhecimentos e métodos nas práticas de saúde constituem uma complexa tecnologia empregada no momento da assistência (Nemes *et al.*, 2004). Esses elementos devem ser avaliados de maneira integrada e contínua, uma vez que não permanecem estáticos com o tempo e a qualidade geral dos serviços depende da harmoniosa combinação entre eles.

Independentemente das particularidades das instituições e dos contextos locais, todos os serviços de saúde deveriam oferecer as condições necessárias em termos de recursos disponíveis, organização do atendimento e gestão técnica que viabilizem a prestação de cuidados de qualidade satisfatória. A qualidade da assistência fornecida nos serviços de saúde é a estratégia primordial para a redução da mortalidade e morbidade associada ao HIV/AIDS, especialmente quando combinada com o diagnóstico precoce.

Quanto à avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelo Serviço de Atendimento Especializado em Tabatinga durante a pandemia, no que se refere a melhorias, deterioração ou manutenção do padrão anterior, os resultados indicaram o seguinte:

Piorou, pois não tinha acesso quando a gente queria, só podia vir no IST quando agendavam (Entrevistada 03).

Nunca achei o serviço bom por conta da localização do SAE e por conta da rotatividade de profissionais (Entrevistada 10).

É evidente que as usuárias frequentemente veem a constante rotatividade de profissionais como algo desfavorável, e isso é considerado um dos principais aspectos negativos em sua experiência. Elas relatam não gostar de ter que compartilhar repetidamente informações sobre sua condição com diferentes profissionais, o que acaba prejudicando a formação de um vínculo efetivo entre as usuárias e a equipe de saúde.

Segundo o relatório "Strategic considerations for mitigating the impact of COVID-19 on key-population-focused HIV programs" (Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control [EpiC], 2020) publicado pela FHI 360, em colaboração com o UNAIDS em 2020, preservar a continuidade dos serviços essenciais de HIV destinados às populações-chave e assegurar a segurança e o bem-estar dos funcionários e membros da comunidade durante a pandemia de Covid-19 são alicerces cruciais para a preservação das conquistas árduas alcançadas na resposta à AIDS. Nesse contexto, os programas de HIV podem adotar abordagens que incluam medidas físicas de distanciamento, consultas virtuais para atendimento médico e a distribuição de medicamentos ARV para vários meses. Não obstante, é de suma importância manter o acesso contínuo aos serviços de prevenção, teste e tratamento do HIV durante a pandemia de Covid-19, bem como garantir a disponibilidade de serviços que têm o potencial de salvar vidas. Assim, ao examinarmos as ações empreendidas no município de Tabatinga para mitigar os efeitos da pandemia na prestação de assistência às mulheres com HIV, a partir de seus depoimentos, é possível verificar a existência de algumas dessas alternativas e sua efetividade, seguindo os relatos abaixo:

A única mudança que observei foi a medicação está sendo liberada a cada 3 meses[...] achei que eles poderiam ter dado mais atenção a nós na pandemia, principalmente pelo receio que tínhamos ao sair de casa (Entrevistada 1).

Só a dispensação das medicações por 3 meses[...] senti falta de visitas domiciliares (Entrevistada 9).

Os depoimentos destacaram a significativa importância que as usuárias atribuíam ao contato com os profissionais do SAE, especialmente às visitas domiciliares, devido às orientações para evitarem sair de suas residências. A única medida que identificaram foi a dispensação de medicamentos para um período de três meses, considerada bem-sucedida. Isso levanta questionamentos sobre quais outras estratégias poderiam ter sido adotadas para manter o vínculo das usuárias com o SAE e como a ausência dessas ações impactou a experiência delas.

Os serviços de saúde especializados desempenham um papel fundamental na garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV. Além da realização de testagens, esses serviços oferecem acolhimento e integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Geralmente, as usuárias avaliam o serviço como satisfatório e capaz de atender às suas necessidades básicas. No entanto, algumas preocupações foram expressas, incluindo a rotatividade de profissionais, que pode afetar a formação de vínculos e a garantia da privacidade em relação ao seu estado sorológico. Além disso, a localização do SAE é considerada um fator importante, uma vez que está situado em uma área comercial movimentada, e as visitas domiciliares foram referidas como ausentes. Os relatos a seguir, fornecidos pelas entrevistadas, podem nos ajudar a compreender essa questão de forma mais profunda:

Acho que em Tabatinga poderíamos fazer os exames mais específicos aqui porque ir para Manaus é muito transtorno; quando peguei covid, ninguém ia me visitar, por isso fiquei 3 meses sem tomar meu medicamento. Só após 3 meses que fizeram contato comigo para eu ir pegar a medicação e me enviaram para psicóloga (Entrevistada 1).

Gostaria de sugerir que o SAE ficasse localizado em um lugar menos movimentado, que a gente pudesse ter mais privacidade ao ir lá e também não ter muita rotatividade de profissionais. Outra sugestão é que houvesse um treinamento para todo profissional que trabalhasse aqui quanto a ética profissional, pois comigo mesmo aconteceu um fato de uma pessoa ficar sabendo da minha doença por um funcionário daqui (Entrevistada 10).

Dessa forma, podemos compreender que o serviço se manteve operacional durante a pandemia, com poucos impactos percebidos pelas mulheres atendidas. No entanto, é importante destacar que algumas situações decorrentes desse contexto tiveram repercussões negativas para elas. Estas incluem atrasos na retirada de medicação, casos de abandono de tratamento, dificuldades na realização do exame de Carga Viral, a ausência de visitas domiciliares e o estigma imposto pela sociedade.

Algumas usuárias também expressaram desconforto em relação à localização do SAE, que está situado em uma rua muito movimentada, com grande fluxo de pessoas, o que as deixava se sentindo expostas. Todas essas questões foram vivenciadas por elas, que não tiveram alternativa senão enfrentar esses desafios.

É notável que durante a pandemia houve uma escassez de ações direcionadas a minimizar os impactos da situação, sendo identificada apenas uma ação específica, que foi a liberação de medicação para um período de três meses.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos referentes a epidemia do HIV continuam sendo relevantes e atuais, especialmente com metas ambiciosas, como a eliminação da AIDS até 2030 sendo necessários esforços e ações concretas para alcançar esse objetivo. A condição de infecção pelo HIV/AIDS pode ser incrivelmente desafiadora, mas também oferece oportunidades para uma reavaliação da vida e o surgimento de novas perspectivas. Este estudo oferece insights valiosos que podem ser considerados na melhoria dos serviços oferecidos às pessoas que vivem com HIV.

O trabalho em questão teve como objetivo compreender o cenário de um grupo específico de mulheres vivendo com HIV, levando em consideração as particularidades de uma região de fronteira. Por meio dessa análise, buscamos descrever os efeitos da pandemia de Covid-19 na prestação de assistência a essas mulheres no município de Tabatinga, que faz fronteira com Letícia, na Colômbia, e Santa Rosa, no Peru, no período de 2020 a 2022. Utilizando os relatos das usuárias do SAE, descrevemos como foi o atendimento durante a pandemia, suas experiências e desafios, identificando as principais barreiras de acesso ao serviço. Além disso, o estudo proporcionou uma visão geral das dificuldades enfrentadas como resultado da emergência de saúde pública.

Os principais resultados revelaram que o serviço de saúde se manteve ativo durante a pandemia, com poucos efeitos perceptíveis para as mulheres. Entretanto, as entrevistas também evidenciaram a ocorrência de atrasos na retirada

de medicamentos, interrupções no tratamento e dificuldades na realização do exame de Carga Viral. Além disso, o estudo ressaltou a falta de ações específicas durante a pandemia para mitigar esses efeitos, sendo a liberação de medicação para três meses a única medida identificada. As mulheres entrevistadas demonstraram uma notável capacidade de resiliência ao se adaptarem a uma situação complexa em suas vidas e contexto social. É importante enfatizar que o estigma continua sendo uma questão relevante que afeta o acompanhamento das mulheres e pode influenciar a adesão ao tratamento, impactando também os serviços de assistência. Além disso, a localização do SAE em uma rua extremamente movimentada, frequentado por muitas pessoas, cria uma sensação de exposição entre as usuárias. É crucial destacar que o monitoramento da adesão ao tratamento desempenha um papel fundamental como uma estratégia de apoio as usuárias. Isso permite que a equipe de saúde identifique eventuais dificuldades e desenvolva planos de intervenção personalizados para atender às necessidades individuais de cada usuário.

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de investimentos contínuos em ações direcionadas às pessoas que vivem com HIV, bem como a sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde que desempenham um papel crucial na proposição de medidas que melhorem a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

A pandemia da Covid-19 exacerbou ainda mais as desigualdades sociais, econômicas, raciais e de gênero que já eram evidentes no contexto da AIDS. A AIDS continua a ser associada a estigmas, preconceitos, discriminações, medos e violência, ameaçando a vida das pessoas afetadas. É essencial que essas questões sejam abordadas por pesquisadores, profissionais de saúde, mídia, gestores, movimentos sociais, educadores e outros agentes, de maneira ética e socialmente responsável, para lidar com esse cenário de crise global. Por fim, a realidade complexa de uma região de fronteira traz desafios adicionais aos serviços de saúde, mas também demonstra a eficácia do SUS em garantir a universalidade e equidade, mesmo diante de circunstâncias desafiadoras, como as enfrentadas durante a pandemia. Além disso, é importante destacar o compromisso de compartilhar os resultados do estudo e propor mudanças ao município e ao serviço oferecido pelo SAE de Tabatinga, visando a melhoria contínua do atendimento e apoio às pessoas afetadas pelo HIV/AIDS.



## REFERÊNCIAS

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** (4a ed., Série Manuais n.º 68). Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília, DF. Disponível em: <[www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021)>. Acessado em: 17 de julho de 2022.
- Celuppi, I. C., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. M. *et al.* (2022). Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. **Revista de Saúde Pública**.
- Chaves, A. C. P., Sousa, C. S. P., Almeida, P. C. *et al.* (2019). **Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil**. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene>. Acessado em: 13 de julho de 2022.
- Dehne, K. L., & Riedner, G. R. (2005). **Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services**. Geneva: World Health Organization.
- Heufemann, N.E.C., Schweickardt, J. C., Lima, R.T.S, Farias, L.N., & Moraes, T.L.M. (2016). A produção do cuidado no 'longe muito longe': a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: Feuerwerker, L.C.M., Bertussi, D.C., Merhy, E. E. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis.
- Goveia, L. A. M. (2020). A pandemia da Covid-19 na fronteira amazônica: uma análise preliminar nas cidades-gêmeas de Tabatinga e Leticia. **Hygeia Edição Especial: Covid-19, 221-230**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia0054531>. Acessado em: 01 de agosto de 2023.
- Grangeiro, A. (2016). Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: **Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids**. Rio de Janeiro: ABIA.
- Kadri, M. R., & Schweickardt, J. C. (2014). A emergência da Aids no Amazonas. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, 23(2).
- Lavezzo, F., Moreira de Freitas, G., Grigolette Rodrigues, D., & Maia Braz, M. (2019). Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos. **Archives of Health Sciences**, 26(2), 94–98. DOI: 10.17696/2318-3691.26.2.2019.1568. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/106>. Acesso em: 28 de setembro de 2023.
- Levino, A., & Carvalho, E. F. (2011). Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de**

**Salud Pública**, 30(5), 490–500.

- Machado, C. V., Lima, L. D. De, Baptista, T. W. de F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. suppl 2, 2 out.
- Malava, J. K., Lancaster, K. E., Hosseinipour, M. C., Rosenberg, N. E., O'Donnell, J. K., Kauye, F. *et al.* (2018). Prevalence and correlates of probable depression diagnosis and suicidal ideation among patients receiving HIV care in Lilongwe, Malawi. **Malawi Medical Journal**, 30(4), 236-242. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6863411/>
- Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control (EpiC). (2020). **Strategic considerations for mitigating the impact of COVID-19 on key-population-focused HIV programs**. Durham, NC: FHI 360.
- Monteiro, S. S., Brigeiro, M.; Vilella, W. V., Mora, C., & Parker, R. (2017). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**.
- Nemes, M. I. B., *et al.* (2004). Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(suppl 2), S310-S321.
- ONU. Organização das Nações Unidas. (2016). **Declaração política sobre HIV e Aids: acelerar a resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030**. Disponível em: [http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016\\_Declaracao\\_Politica\\_HIVAIDS.pdf](http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf). Acesso em: 07 de setembro de 2023
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). **Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021**. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contravih-2016-2021-hacia-fin-sida-2016>. Acesso em: 07 de setembro de 2023.
- Parker, R. (2013). Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 25-46.
- Pereira, T. M. V. *et al.* (2021). **Pessoas vivendo com HIV e mudanças na rotina diária decorrentes da pandemia da COVID-19**. Escola Anna Nery.
- Schweickardt, J.C; Ferla, A. A.; Guedes T. R. O. N.; Santos, I. C. P. A. M.; Le-

mos, 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

Seffner, F. & Parker, R. (2016). A neoliberalização da Prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids. In: **Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Mitos vs realidade: sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, p. 24-32.

Teixeira, L. B. (2012). **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**. Porto Alegre.

UNAIDS Brasil. (2022). **Estatísticas**. Brasília. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acessado em: 25 de agosto de 2022.

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2017). **HIV Amazonaids: Na fronteira de uma epidemia**. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Amazonaids.pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2023.

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2020). **HIV Prevention 2020 Road Map**. Disponível em: [https://www.unaid.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-prevention-2020-road-map\\_en.pdf](https://www.unaid.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf). Acesso em: 07 de setembro de 2023.

WHO. World Health Organization. (2005). **Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice**. Geneva: World Health Organization.

# Aproximações da atenção em saúde mental para o uso prejudicial de álcool na fronteira: reflexões do contexto amazônico



**Tiziana Bezerra Gerbaldo**  
**José Leopoldo Ferreira Antunes**

**E**ste texto traz algumas das conversas e observações que compuseram as anotações de campo da pesquisa sobre a rede de atenção à saúde mental para pessoas com uso prejudicial de álcool no tríplice fronteira amazônica (Brasil-Peru-Colômbia). As anotações de campo foram produzidas nos encontros e desencontros cotidianos e buscaram incluir as observações dos autores e as percepções manifestadas pelos interlocutores com os quais se deram as interações. Desta forma, privilegamos neste texto contar este processo através de uma escrita mais livre, de forma a transmitir aos leitores as dinâmicas do espaço fronteiriço e as reflexões produzidas no trabalho.

A pesquisa foi realizada no âmbito do programa de doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo. O trabalho de campo ocorreu nos meses de abril, maio, agosto e setembro de 2022 na cidade de Tabatinga (Brasil), com passagem por Manaus (Brasil), Letícia (Colômbia) e pela ilha de Santa Rosa del Yavarí (Peru). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) com o CAAE nº 51903621.1.0000.5421 e parecer nº 5.059.248.

As atividades de campo contemplaram a circulação pelas três localidades da fronteira e realização de entrevistas e visitas às unidades de saúde do município de Tabatinga, além da visita a uma unidade de apoio deste municí-

pio em Manaus. As conversas aqui retratadas são fruto de diálogos informais sobre a dinâmica da fronteira, percepções sobre o uso prejudicial de álcool na região e sobre o atendimento de saúde mental para esta demanda. Estes diálogos ocorreram com moradores, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e de serviços de apoio, integrantes de instituições religiosas e pessoas vinculadas a grupos de apoio de Letícia e Tabatinga.

Para manter o anonimato, nomeamos alguns dos interlocutores com pseudônimos de plantas e frutos da região amazônica. Os diálogos transportados resgatam as interações tecidas com Morototó, Taperebá e Açai (moradores da Colômbia); Cupuaçu (morador do Peru); Angelim, Cumarú, Jacarandá e Pupunha (moradores do Brasil).

Este texto está estruturado em seis grandes tópicos. No primeiro tópico apresentamos o uso prejudicial de álcool como importante problema de saúde pública, contextualizando o tema com os objetivos da agenda de saúde e o campo da saúde mental global. Os dois tópicos seguintes trazem descrições da tríplice fronteira amazônica, com apresentação das características geográficas; aspectos populacionais, econômicos e de saúde; e os fluxos e intercâmbios que compõem a dinâmica transfronteiriça. O quarto tópico aborda os relatos do uso prejudicial de álcool na tríplice fronteira, as manifestações deste uso e alguns recursos de atenção elencados pelos interlocutores. No quinto tópico discutimos os atravessamentos do uso prejudicial de álcool na região, apresentando algumas reflexões suscitadas no encontro com o campo. Por fim, apresentamos temas que permearam os diálogos tecidos no trabalho de campo, e que tangenciaram a temática do consumo prejudicial de bebidas alcóolicas na região.



## **ENTRELAÇAMENTOS DO USO PREJUDICIAL DE ALCOÓL E A SAÚDE E A INTERSEÇÃO COM A SAÚDE MENTAL GLOBAL**

A título de início, realizaremos alguns apontamentos acerca do impacto do uso prejudicial de álcool na saúde pública e como este consumo se relaciona com a agenda de saúde mental global. O consumo prejudicial de álcool é reconhecido como fator de risco para diversas doenças e agravos, tais como doenças cardiovasculares, hepáticas, neoplasias, tuberculose, doenças respiratórias, lesões intencionais e não intencionais. O consumo problemático da substância tem importantes efeitos na mortalidade da população, tendo sido relacionado a cerca de 5,3% do total de mortes no mundo em 2016 (WHO, 2018).

A redução deste tipo de consumo é parte da agenda de saúde pública e figura entre as ações definidas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

(ODS), com ênfase na prevenção e tratamento do uso nocivo da substância para a promoção da saúde e bem-estar (UN, 2015). A presença do consumo prejudicial de álcool na agenda global de desenvolvimento afirma a importância do tema para a saúde e para o próprio avanço dos países, dado que os efeitos do consumo problemático da substância afetam simultaneamente a plena realização de outros objetivos como a erradicação da pobreza, redução da violência e redução das desigualdades (PAHO, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a região das Américas apresenta altas taxas de prevalência de consumo de bebidas alcoólicas, com expectativa de aumento nos três países mais populosos: Brasil, Estados Unidos e México. Ao mesmo tempo, a população da região convive com barreiras de acesso aos serviços de tratamento e insuficiente incorporação de cuidados direcionados para o tema na saúde, em específico na atenção primária (PAHO, 2020; WHO, 2018).

Vale assinalar que os problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool distribuem-se de maneira desigual na sociedade, com maior impacto nas populações mais vulneráveis. Como exemplo, cita-se dentro do espectro populacional, a maior vulnerabilidade aos problemas decorrentes do uso problemático de álcool entre as populações indígenas, presentes no Brasil, Colômbia, Peru e demais países da região (WHO, 2018).

As desigualdades e barreiras relacionadas aos cuidados em saúde mental são objeto de investigação da saúde mental global. Neste campo, busca-se enfatizar a promoção da equidade no acesso aos serviços; a sustentabilidade das ações de saúde mental; o engajamento da comunidade local; combate ao estigma; respeito aos direitos humanos; e incentivo à pesquisa e produção de evidências em saúde mental, notadamente nos países de baixa e média renda (Eaton *et al.*, 2011; Jacob *et al.*, 2007; Prince *et al.*, 2007; Saxena *et al.*, 2007).

Três temas são apontados como pontos críticos para melhoria da saúde mental nesta perspectiva: a escassez de recursos, desigualdade na distribuição de serviços e ineficiência, especialmente em países onde há menor aporte de recursos financeiros e maior desigualdade na distribuição de serviços e profissionais. A mútua implicação entre estes três fatores reflete diretamente na lacuna de tratamento em saúde mental, que faz referência às discrepâncias existentes entre os que necessitam de tratamento e aqueles que efetivamente o recebem (Saxena *et al.*, 2007). A persistência da escassez de recursos para saúde mental e a necessidade de mais pesquisas no campo continua a convocar a realização de novos estudos e a instituição de novas formas de pensar o cuidado (Patel *et al.*, 2011; Sunkel, 2011).

O manejo dos problemas relacionados ao uso prejudicial do álcool passa necessariamente pela compreensão das questões socioculturais imbricadas nos modos de beber e se relacionar com o álcool nas diferentes sociedades. Como apontam Souza e Garnelo (2012), o contexto e a diversidade sociocultural devem ser reconhecidos como elementos estruturantes do próprio cuidado, entendendo ainda que o próprio juízo sobre o caráter aceitável ou não deste uso varia de uma sociedade para outra.

Assim, não há como se pensar o uso prejudicial de álcool sem incluir na equação a forma como os fatores sociais, de tempo, contexto e espaço interagem e influenciam o consumo da substância. A abordagem da saúde mental aqui assumida se apoia nesta perspectiva que busca discutir o uso prejudicial do álcool ancorado no caráter social e contextual desse fenômeno, para além da visão puramente biológica.



## TRÍPLICE FRONTEIRA: CARACTERÍSTICAS GERAIS

A tríplice fronteira amazônica fica localizada no extremo oeste do Estado do Amazonas e é composta pelas cidades de Tabatinga (Brasil), Letícia (Colômbia) e pela ilha peruana de Santa Rosa del Yavarí. Apresentaremos neste tópico aspectos do contexto geográfico, populacional, econômico e dos diferentes sistemas de saúde que conformam este espaço fronteiriço.

No Brasil, esta fronteira está localizada na macrorregião do arco norte, que abrange os Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará e Roraima. Este arco representa 66% da área de fronteira brasileira e é caracterizado por ter o maior contingente de população indígena; comércio e atividade produtiva e povoamento mediados pelos rios; maior extensão territorial, menor densidade populacional e baixa acessibilidade geográfica (Brasil, 2005).

Tabatinga é um dos 62 municípios do Estado do Amazonas, no Brasil. Este município é classificado como cidade-gêmea de Letícia, classificação que faz referência a adensamentos populacionais com intensa mobilidade e integração econômica e cultural. As cidades-gêmeas são tidas como territórios sanitários únicos, que compartilham problemas de saúde e dinâmicas de adoecimento, e onde há maior visibilidade das simetrias e assimetrias entre os diferentes países (Aikes & Rizzotto, 2018; Brasil, 2005).

De acordo com dados do censo de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a cidade de Tabatinga possui população de 66.764 pessoas. O município tem importante presença indígena, que compõe aproximadamente 28,42% do total de sua população (IBGE, 2023a, 2023b). O setor de serviços e comércio forma a principal atividade econômica do município,

que também conta com importante participação das atividades de pesca e extrativismo na economia local (Brasil, 2014; Schor; Tavares-Pinto; Ribeiro, 2016).

Letícia é a capital do departamento do Amazonas, na Colômbia. De acordo com o censo de 2018, a cidade possuía 42.844 habitantes, com uma estimativa de 52.003 pessoas em 2022. As atividades econômicas predominantes são o setor de serviços e comércio – com destaque para o comércio fronteiriço –, seguidas de agricultura, extrativismo, turismo ecológico e pesca. Em Letícia também há importante presença indígena, que corresponde a 42,54% da população (Alcadía de Letícia, 2020; Dane, 2023).

Do outro lado do rio, fica a ilha de Santa Rosa del Yavarí, no distrito peruano de Yavarí. A ilha pertence ao departamento de Loreto e abriga um núcleo populacional. Loreto é o maior departamento do Peru, formado por 2.335 núcleos populacionais que, em sua maioria, possuem menos de 2 mil habitantes. Dados de 2018 assinalam que cerca de 34,6% da população do departamento vivia em situação de pobreza, taxa que superava a média nacional para o indicador. O departamento também possui a maior concentração de população indígena originária da Amazônia do país (24,3% da população total).

Dados do censo de 2018 informam que o distrito de Yavarí possuía população total de 8.366 pessoas, distribuídas em 67 núcleos populacionais. A totalidade dos habitantes do distrito residia na zona rural. Não foram encontrados dados precisos sobre a população total da ilha peruana (Perú, 2017; INEI, 2018a, 2018b). Do ponto de vista econômico, a ilha é um importante fornecedor de produtos agrícolas para a cidade de Tabatinga (Butel & Schor, 2017).

No campo da saúde, cada país da tríplice fronteira dispõe de um sistema com coberturas e formas de acesso próprias. No Brasil, o acesso aos serviços de saúde é universal e a oferta de serviços é pública, com participação complementar do setor privado. Os sistemas de saúde da Colômbia e do Peru são baseados no seguro, com acesso aos serviços mediante afiliação da população (Levino & Carvalho, 2011).

Na Colômbia há dois regimes de seguro: regime contributivo e subsidiado. Trabalhadores assalariados, pensionistas e profissionais liberais se afiliam e contribuem ao regime contributivo. O regime subsidiado é destinado ao seguro de pessoas sem capacidade de pagamento e dá cobertura à população mais empobrecida (Guerrero *et al.*, 2011). O sistema peruano apresenta similaridades com o colombiano, havendo segmentos financiados pelas contribuições dos segurados e um segmento destinado à afiliação da população de baixa renda (Levino & Carvalho, 2011).



## A DINÂMICA TRANSFRONTEIRIÇA

O intenso fluxo entre as diferentes localidades da fronteira faz parte do cotidiano e desenha uma complexa dinâmica de consumo de bens e serviços pela população local. Alguns aspectos dessa dinâmica e as particularidades de deslocamento na região serão discutidos a seguir.

Durante o período de campo, circulei na maior parte do tempo entre as cidades de Tabatinga e Letícia, tendo me hospedado em ambas as cidades. A ida à Santa Rosa ocorreu em apenas um dia da viagem. As interações com moradores da ilha peruana se deram no dia de permanência na ilha e durante a estadia na cidade colombiana, a partir da rede de relações de uma das interlocutoras de Letícia. Residentes de Tabatinga também se referiam com frequência à dinâmica na ilha.

No ir e vir entre as localidades, pude observar que o cenário das cidades fronteiriças mescla elementos dos três países ali presentes e da população indígena que neles habita. Estas influências se fizeram visíveis na ocupação do espaço, nos pratos e bebidas, no comércio de produtos e nas músicas tocadas nas ruas – como sertanejo, cumbia peruana, reggaeton e toadas parintinenses, para citar alguns exemplos.

A chegada até a região se deu por via aérea, partindo de Manaus com destino à Tabatinga. O município dispõe de um aeroporto internacional que recebe voos comerciais diários com tempo de deslocamento de aproximadamente 1h30. O preço dos voos no ano de 2022 variou entre R\$400,00 e R\$ 2.600,00 reais o trecho. O aeroporto fica localizado em uma região com muitas instalações militares, próximo à entrada da terra indígena Tikuna de Umariáçu, e a 10 minutos de carro da área central de Tabatinga. Também é possível deslocar-se para a região por via fluvial através de lancha (chamado de a jato) ou de barco. O tempo de viagem depende do sentido do deslocamento (se a favor ou contrário à correnteza do rio) e pode levar entre 1 dia e meio a 6 dias de viagem. Os valores das viagens fluviais oscilavam entre R\$400,00 e R\$1200,00, conforme a modalidade escolhida.

A principal rua de Tabatinga é chamada de Avenida da Amizade e nela estão situados diversos órgãos públicos, comércios, restaurantes, casas noturnas, bares e agências bancárias. A mescla das fronteiras é visível nesta parte da cidade, onde se localizam alguns restaurantes peruanos, talleres (oficinas diversas) e ambulantes vendendo arepas. Há também muitos indígenas que vendem produtos como frutas e farinha. A avenida tem trânsito predominante de motos. Carros, bicicletas, coletivos (kombis ou pequenas vans) e os tuc-tuc (ou motocarros) colombianos compõem os meios de deslocamento e fazem o transporte entre a cidade brasileira e a colombiana.

A avenida da Amizade é a via de ligação entre Tabatinga e Letícia, na Colômbia. A fronteira entre os dois países é aberta, não há barreiras, com fluxo tanto de pessoas como de veículos livre. O que sinaliza o término de um país e o começo do outro são algumas placas com os dizeres “*Fronteira Brasil-Colômbia*”, “*Bienvenido a Letícia*”, “*Letícia y Tabatinga ciudades hermanas*”, um letreiro com o nome de Letícia e as bandeiras dos três países hasteadas no meio fio. Em Letícia, a avenida da Amizade passa a se chamar Carrera 6 ou, como é popularmente conhecida, Avenida Internacional.

A transição da cidade brasileira para a colombiana é percebida na diferença na paisagem urbana, com maior arborização e ordenamento das vias em Letícia. Há uma diversidade de hotéis na cidade e direcionamento para o turismo ecológico, de selva. Morototó, uma das moradoras com quem conversei, relatou que a cidade colombiana recebe muitos turistas. Há um volume expressivo de europeus, mas também há turistas colombianos que buscam a região por ser um destino mais econômico que as áreas costeiras do país. Segundo ela, há muito interesse dos turistas em conhecer a região amazônica e visitar a fronteira com o Brasil, onde buscam adquirir produtos como chocolate e sandálias. A cidade também recebe um fluxo de brasileiros vindos de Tabatinga que buscam, em sua maioria, comprar produtos importados no centro comercial. Há comunidades indígenas da etnia Tikunas localizadas em áreas mais afastadas do centro da capital, cerca de 20-25 minutos de distância. O acesso se dá por uma estrada onde também estão localizados alguns pontos turísticos e balneários.

Da mesma forma que em Letícia, a fronteira com o Peru é aberta, de livre trânsito. Para chegar ao Peru, é necessário cruzar o Rio Solimões (que é chamado de Rio Amazonas pelos peruanos e colombianos) e a travessia pode ser feita tanto no porto de Tabatinga como no porto de Letícia. Em ambos há pequenas embarcações – conhecidas no Amazonas como “*voadeiras*” – que fazem o transporte de pessoas (às vezes de pequenas cargas) de um lado a outro.

O custo da travessia para a ilha era de R\$ 5,00 o trecho (no porto de Tabatinga), ou COP\$ 5.000 (pesos colombianos) o trecho no porto de Letícia em 2022. Para voltar de Santa Rosa também é cobrado S/ 5.000,00 (soles peruanos). A travessia pelo rio dura em média 10 minutos. Em Santa Rosa não havia a estrutura de um porto como em Tabatinga ou Letícia. A voadeira fez duas paradas na ilha, a primeira em um flutuante, e a segunda parada – onde descí – em frente à rua principal da ilha, onde havia comércios, restaurantes, o centro de saúde e alguns serviços governamentais.

A primeira viagem de campo ocorreu na época de cheia dos rios na região. Na cheia ocorre a elevação do nível das águas dos rios sob a influência, dentre outros fatores, das constantes chuvas. Nessa época, as águas sobem deixando

parte da ilha peruana alagada. Em razão da cheia, a visita à Santa Rosa se restringiu a conhecer o entorno da região onde havíamos atracado. A rua por onde transitei estava submersa, com água na altura dos tornozelos. Algumas pessoas transitavam na rua com botas de borracha, e outras de sandálias abertas. Conheci a área em um tuc-tuc que circulou pela rua principal da ilha. Grande parte das construções ficava mais elevada e dispunha de rampas ou escadas para permitir o acesso tanto na cheia quanto na vazante. Também foi possível conhecer a parte externa do centro de saúde que atende a população da região. A unidade fica a menos de 5 minutos da área em que as embarcações atracam.

Em geral, tanto em Letícia como em Santa Rosa e Tabatinga podia-se usar qualquer uma das moedas para pagar por produtos ou serviços. Informalmente, o peso colombiano e o sol peruano eram considerados equivalentes em cotação. O real, porém, apresentava cotação inferior às duas moedas na época da viagem (a cotação do real frente ao dólar também influenciava no câmbio para as outras moedas). O câmbio no pagamento de serviços e comércio era feito pela cotação do dia. No caso de serviços de transporte, a conversão não seguia necessariamente a cotação diária, ficando a cargo do prestador o estabelecimento do valor final em reais. Em algumas situações, o valor de um serviço originalmente cobrado em pesos atingiu o dobro do valor correspondente em reais.

Na minha chegada, e ao longo dos dias que se seguiram, tive várias conversas com os moradores sobre a dinâmica da região, o uso dos serviços de saúde e a questão do uso prejudicial de álcool. Na Colômbia, várias dessas conversas se deram com uma moradora colombiana que chamarei de Morototó. Logo no início dos diálogos, Morototó assinalou que a Amazônia era “abandonada por todos los lados” (Notas de campo: Morototó – Colômbia). De acordo com a moradora, há muito interesse externo quando se trata da preservação das florestas, porém o interesse pelas pessoas e pelas condições de vida na região não atrai tanta atenção quanto o aspecto ambiental.

Morototó contou que, na fronteira, a população aprendeu a sobreviver aproveitando as oportunidades que cada um dos países tem a oferecer. Há um fluxo constante de moradores entre as cidades com diversos fins como compra de produtos e uso de serviços. Os colombianos vão com frequência à Tabatinga para comprar frutas, verduras e carnes. Estes gêneros são vendidos a um preço menor na cidade brasileira, ao passo que em Letícia o custo é maior devido à forma de transporte de alimentos para a região, que é feito por via aérea de Bogotá. Em geral, os produtos são comprados na feira da cidade brasileira, que vende produções locais, do excedente dos indígenas e da ilha peruana. Alguns moradores de Letícia também vão a Tabatinga para comprar calçados.

Por sua vez, Letícia atrai muitos visitantes em razão do comércio de produtos importados, que podem ser obtidos a um preço inferior ao do Brasil, além de oferecer algumas opções de lazer, como balneários. Nos diálogos em Tabatinga também foi dito que a capital colombiana apresenta oportunidades de trabalho melhores para alguns ramos, com relatos de moradores da cidade brasileira que atravessavam a fronteira todos os dias para trabalhar em Letícia. Os restaurantes foram um dos principais atrativos citados da ilha de Santa Rosa.

Morototó contou que a população da fronteira busca o serviço que precisa independentemente do país em que é ofertado. Na saúde, é comum que campanhas atraíam moradores dos três países, independente do país em que são realizadas. Muitas famílias possuem integrantes distribuídos ao longo das três fronteiras e é comum a troca de informações sobre as possibilidades e novidades de cada local. Citou que muitas pessoas têm registro de identidade de cada um dos três países, como é o caso de alguns indígenas tikunas, o que facilita o acesso aos serviços.

A múltipla nacionalidade na tríplice fronteira foi uma característica também citada nos diálogos em Tabatinga. A utilização dos serviços de saúde brasileiros por pessoas com mais de uma nacionalidade são comuns, assim como atendimentos a colombianos e/ou peruanos com residência fixa na cidade brasileira. No outro extremo, a ausência de documentação de qualquer um dos países também foi citada como situação recorrente.



## ATENÇÃO À SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÕES

Durante o campo, as características que mais marcaram as diferenças entre os sistemas nas falas dos interlocutores foram relacionadas ao acesso e custo dos serviços de saúde.

No município de Tabatinga há ofertas de serviços de saúde na rede pública e particular. Dentro da rede pública, os atendimentos em saúde são realizados nas unidades básicas de saúde, na esfera municipal, e dispositivos da secretaria municipal de saúde e na unidade hospitalar de Tabatinga, na esfera estadual. O quadro de serviços de saúde local também é composto pelas equipes de atenção à saúde indígena, vinculadas ao Distrito Especial de Saúde Indígena, e o Hospital de Guarnição (HGUT), sob administração militar. Foi relatado que *“no município não se consegue ter atendimento de alta complexidade e é raro ter especialistas na cidade”* (Notas de Campo: Cumarú – Brasil). Nas ocasiões em que há especialista disponível, o atendimento ocorre geralmente no HGUT. Nos demais casos, os usuários são encaminhados para Manaus.

A saúde indígena, por sua vez, realiza atendimentos para pessoas comprovadamente indígenas havendo uma diferenciação baseada no status de “aldeado” e “não aldeado”. O indígena não aldeado foi descrito como o “*que não vive na aldeia, vive na comunidade, no caso na cidade*” (Notas de campo: Cumaru – Brasil). De acordo com os interlocutores, os atendimentos dentro do subsistema da saúde indígena são exclusivamente direcionados para os indígenas aldeados. Os indígenas não aldeados fazem uso dos dispositivos de saúde municipais, UPA e/ou hospital de guarnição. Indígenas de nacionalidade peruana ou colombiana que vão ao Brasil em busca de serviços de saúde também realizam atendimento nestes mesmos serviços.

A assistência à saúde na cidade colombiana funciona de forma diversa do sistema brasileiro, conforme foi relatado pela moradora Morototó. Foi relatado que o sistema de saúde é baseado na afiliação da população a seguros, divididos nos regimes contributivo ou subsidiado. De acordo com Morototó, na prática, a qualidade da atenção é diferente nos regimes. A interlocutora relatou que o acesso inicia com o atendimento do médico generalista e a partir dele os usuários são encaminhados para as diferentes especialidades. Nos casos em que é necessário atendimento de saúde que não esteja disponível na cidade, os moradores são encaminhados para atendimento em Bogotá. A moradora contou que recentemente foi aberta a possibilidade de afiliação de pessoas de outra nacionalidade ao sistema colombiano, mediante o pagamento de um valor mensal.

O atendimento de saúde no Peru foi descrito pelos interlocutores peruanos como muito limitado. Há um único centro de saúde que oferece atendimento gratuito, mas com ações direcionadas para questões de saúde “básicas y primarias” (Notas de campo: Cupuaçu – Peru) como ações voltadas para malária e dengue. Foi relatado que muitos moradores da ilha buscam atendimento em Tabatinga ou Letícia. Aqueles que podem pagar buscam atendimento nestas cidades, os mais pobres o fazem na ilha ou são encaminhados a Caballococha (cidade peruana intermediária da região) ou Iquitos (sede do Departamento peruano). Outro morador relatou que era mais barato ir a Manaus que ir a Lima, quando havia uma questão de saúde mais complexa com necessidade de pagamento. Observações similares sobre as limitações do atendimento na ilha foram feitas pelos interlocutores brasileiros.

Interlocutores colombianos e brasileiros relataram suas percepções sobre a saúde mental na região. Morototó relatou que situações de crise em saúde mental são, em geral, naturalizadas e justificadas por comportamentos de infância ou ainda por falas que reforçam que o comportamento sempre foi assim. Também ocorre de atribuir o mal-estar ao efeito de “brujerías” ou ainda “macumba” (Notas de campo: Morototó – Colômbia). Nestes casos, é comum que se recorra aos “rezanderos”, para prestar cuidados. No Brasil, foi referido

que quem recorre ao psicólogo ou psiquiatra na cidade brasileira é visto na comunidade como “*doido*”, sendo esta uma visão arraigada na cultura. Um dos interlocutores afirmou que não havia lugar para levar “*porque não tem o que tratar, é cultural*” (Notas de campo: Jacarandá – Brasil).

As falas dos interlocutores também apresentaram queixas ao atendimento em saúde local. Na Colômbia, Morototó falou que há muita rotatividade de profissionais e que a formação profissional da região é deficiente. Para ela, a qualidade da formação não é boa e não há atenção às particularidades locais. A respeito da qualidade, Morototó detalha que houve um período em que algumas universidades ofereceram cursos com critérios de formação e qualidade insuficiente, o que chamou de “*universidad de garaje*”. Muitos profissionais obtiveram titulações neste modelo de ensino e foram absorvidos pelos serviços de saúde da região, o que contribuiu para o juízo emitido pela interlocutora (Notas de campo: Morototó - Colômbia).

A rotatividade dos profissionais também foi mencionada como um problema nos serviços de saúde brasileiros. No Peru, um dos interlocutores criticou a qualidade do atendimento médico, assinalando que os profissionais atuais são “*praticantes*”, em uma referência a profissionais com pouca experiência. Para o morador, o atendimento médico anterior era de melhor qualidade que o atual.



## USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL NO CONTEXTO FRONTEIRIÇO: O INVISÍVEL VISÍVEL

As falas relacionadas ao uso prejudicial de álcool versaram sobre os tipos de bebidas consumidas, contextos de consumo e problemas associados a este tipo de uso. Os relatos alternaram momentos de invisibilidade e visibilidade do uso prejudicial da substância na região.

O consumo prejudicial de álcool na tríplice fronteira foi descrito por grande parte dos moradores de Leticia, Tabatinga e Santa Rosa como um problema importante e comum nos três países e na área indígena. Apesar disto, uma das falas relativas ao uso prejudicial de álcool na região assinala: “*ele é presente, mas ele não existe ao mesmo tempo*” (Notas de campo: Jacarandá – Brasil)

O mesmo interlocutor, Jacarandá, relatou que a distância de um grande centro e a ausência de opções de lazer contribuem para o uso prejudicial de bebida na fronteira. Para ele, “*a bebida acaba sendo uma fuga e vira também a diversão. [...] O que sobra é a bebida, e tudo é motivo para beber*” (Notas de campo: Jacarandá – Brasil). Jacarandá acrescentou que, em sua visão, o consumo de bebida alcoólica na região é uma questão cultural. O fato de ser

cultural faz com que as pessoas não procurem ajuda já que isso seria “o normal da vida dela” (Notas de campo: Jacarandá – Brasil).

Paralelamente, Jacarandá acrescenta que a bebida alcóolica tem um papel importante no comércio local. Em sua visão, lidar com as consequências do uso prejudicial de álcool envolveria proibir ou limitar o consumo da substância e, na ocorrência de proibições, as pessoas apenas atravessariam a fronteira e iriam para Letícia ou para o Peru para obter o produto. O uso prejudicial de álcool foi descrito como um problema que *“não é nem sazonal, ele é todo o tempo”* (Notas de campo: Jacarandá – Brasil). Ainda assim, Jacarandá falou que o consumo de bebida é um problema de menor importância no que concerne à saúde na região, e citou o câncer, problemas neurológicos e cardíacos como mais proeminentes.

Pupunha foi uma das profissionais de saúde com quem conversei em Tabatinga. Segundo ela, é possível identificar pessoas embriagadas nas ruas que levam até a unidade de saúde em que trabalha. A rua é conhecida pelos moradores da cidade por concentrar um grupo de pessoas alcoolizadas – brasileiros, peruanos e colombianos – nas primeiras horas da manhã. Apesar da presença nas proximidades, foi relatado que os usuários buscam pouco o serviço de saúde com demandas relacionadas ao consumo problemático de álcool, mas que este é um problema local. Outros profissionais que trabalham na mesma unidade de saúde de Pupunha relataram que identificam demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool em suas áreas. Foi relatado que este é um tema difícil e que as pessoas não declaram que tem problemas com o uso da bebida.

Na Colômbia também foi relatado que o consumo prejudicial de álcool é um problema comum para os países da fronteira. Taperebá, moradora que atua na saúde, relatou que os colombianos culturalmente consomem mais álcool. Segundo ela, as bebidas do país têm um teor alcóolico maior e o costume de beber é mais frequente que o dos brasileiros. Há ainda uma dificuldade de os usuários identificarem que tem um problema com o uso da bebida.

No Peru, os diálogos com Cupuaçu e outro morador de Santa Rosa também sinalizaram a ocorrência de uso prejudicial de álcool na ilha.

Sobre a busca pelos serviços de saúde Jacarandá relatou que *“não há procura focada na bebida, só para sintomas correlatos (Notas de campo: Jacarandá – Brasil). Em Tabatinga, as consequências do consumo prejudicial de álcool que chegam como demandas aos serviços de saúde são problemas “de fígado ruim, ou quando a bebida em excesso disparou a pressão”* (Notas de campo: Jacarandá – Brasil). Alguns profissionais relataram casos em que o uso intenso de álcool levou ao desenvolvimento de um problema de saúde que deixou a pele de um usuário amarelo-esverdeada. Outros relataram dificuldade

na adesão ao tratamento de tuberculose por conta do uso de bebidas. Agresividade e violência também são algumas das manifestações descritas do uso prejudicial de álcool, assim como problemas financeiros e familiares.

Interlocutores colombianos e brasileiros relataram que os casos de uso prejudicial de álcool costumam chegar aos serviços de saúde quando ocorre alguma complicação, em casos de violência interpessoal, acidentes ou quando o quadro já está agravado. Foi relatado que o hospital da cidade colombiana e o hospital de Tabatinga recebem muitas demandas relacionadas ao consumo prejudicial de álcool como lesões decorrentes de acidentes e violência interpessoal. Problemas de violência doméstica também foram citados como relacionados ao uso prejudicial da substância na Colômbia e em Tabatinga.



## O USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E AS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Apesar da pesquisa não ter sido direcionada diretamente para a população indígena, referências sobre o uso de álcool e o atendimento desta população foram amplamente feitas nos diálogos. Vale ressaltar que as falas representam as visões de profissionais de saúde e de residentes das zonas centrais de Leticia, Tabatinga e Santa Rosa. Alguns dos profissionais de saúde tinham experiências anteriores de trabalho na saúde indígena, e trouxeram relatos sobre o período em que trabalharam com a população local. Não foram efetuadas entrevistas ou conversas dentro do território indígena ou com profissionais dos Distritos Especiais de Saúde Indígena.

Angelim foi uma das interlocutoras que mais abordou sobre o uso prejudicial do álcool entre as populações indígenas, compartilhando a experiência que teve no atendimento direto a esta população. A interlocutora brasileira relatou que dentro da cultura indígena há o consumo de diversas substâncias como caiçuma, caxiri, ayahuasca, mas que a *“influência do mundo civilizado tem feito muito mal do lado da bebida”* (Notas de campo: Angelim - Brasil). Na sua visão, as substâncias que são usadas dentro da cultura indígena não causam danos, mas o consumo de álcool e de drogas que estão sendo inseridos nas comunidades sim. Angelim relatou que em todas as comunidades indígenas há problemas com o uso bebida. Citou que estão relacionados com o consumo de bebida alcóolica os casos de suicídio e tentativa de suicídio, sendo que o uso da bebida sempre precedia essas tentativas. Relatou que há proibições de venda de bebida alcóolica nas comunidades, mas que a bebida continua sendo vendida em bares escondidos.

A área de Umariçu foi uma das localidades citadas com relação ao tema do consumo prejudicial de álcool entre indígenas. De acordo com os relatos,

a venda de cachaça é proibida na comunidade, porém próximo à entrada da área indígena há diversos bares que vendem caipirinha e outras bebidas com o destilado. Algumas casas noturnas/bares de Tabatinga tinham cartazes afixados onde se lia que a entrada de indígenas era proibida. Foi dito em Letícia que tal proibição estava relacionada ao consumo prejudicial de bebidas alcoólicas.

Outra localidade citada foi a comunidade de Belém do Solimões, próxima à Tabatinga. Pupunha citou que também há proibição de venda de bebida alcoólica na comunidade, porém não há fiscalização efetiva. Foi dito que montaram recentemente um posto de fiscalização tanto em Belém do Solimões quanto em Umariáçu para coibir a venda de bebida alcoólica e fiscalizar a chegada da bebida pelo rio.

Angelim relatou que o uso da bebida é considerado como um problema dentro das comunidades indígenas e pelas lideranças indígenas. Relatou que quando os indígenas bebem nas comunidades ocorrem mortes, brigas, agressões. Relata que tem ocorrido muitos óbitos devido a isso e que ali os indígenas não morrem de “doença normal”, morrem mais em decorrência da violência (Notas de campo: Angelim – Brasil).

Em Letícia, Morototó relatou que há elevado consumo de álcool entre indígenas. Citou que há maior uso de cachaça pura – a “*Tatuzinho*” – ou misturada a produtos doces, e também é consumida uma bebida chamada “*chuchuguasa*” que é feita a partir de uma planta medicinal (Notas de campo: Morototó – Colômbia). Foi possível identificar locais vendendo “chuchuguasa” nas caminhadas pelas ruas da capital colombiana. Morototó relatou que não há mais venda de cachaça na cidade colombiana, mas que o produto era trazido através do rio de forma clandestina, via Peru, e também era possível comprar a bebida nos estabelecimentos em Tabatinga.

Outra moradora colombiana relatou que a venda de cachaça também era proibida em uma comunidade indígena próxima (Amacayacu), mas mesmo com a proibição ainda se vendia a bebida. Em geral as compras ocorriam ou em Tabatinga ou no Peru e se realizava o transporte para a comunidade. O consumo de cerveja não foi apontado como um problema, apenas o consumo de cachaça. Neste relato, a moradora citou problemas relacionados ao uso desta bebida, contando que com a cachaça as pessoas se embebedam, brigam, se matam, violam. Por sua vez, Morototó falou sobre o alto índice de suicídio entre os indígenas. Em sua história, ela contou que a razão para isso são os choques culturais entre as sociedades. A moradora também relacionou o uso prejudicial de álcool com os casos de suicídio e com casos de violência interpessoal.

Na ilha peruana, Cupuaçu relatou que nas comunidades tikunas próximas à ilha existe uso problemático de álcool entre os residentes.



## SAÚDE MENTAL E USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: RECURSOS DA FRONTEIRA

Foi relatado que Tabatinga é o município polo da região, e referência para atendimentos de saúde mental. O município dispõe de atendimento de psiquiatra a cada três meses, além de receber suporte via telessaúde. Não há Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contudo, foi mencionado que havia um projeto para a implantação de um serviço especializado para álcool e drogas – o CAPS AD –, mas que o serviço ainda não havia sido implantado.

O município dispõe de equipes multiprofissionais na atenção básica compostas por psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Estas equipes dão apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e realizam visitas, atendimentos e ações de educação permanente. Nas demandas de uso prejudicial de álcool foram citados como recursos os atendimentos de psicólogos, assistentes sociais e dos profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, ACS). Não são ofertados grupos voltados ao tema do uso prejudicial de álcool e/ou drogas. Os atendimentos de urgência e emergência são realizados no hospital civil da cidade. Há encaminhamentos para Manaus nos pedidos de internação voluntária.

Tabatinga não dispõe, atualmente, de um grupo de Alcoólicos Anônimos. Relatos sinalizam que já existiu um grupo organizado, porém o coordenador do grupo à época mudou de cidade e não houve continuidade. Há oferta de reuniões em grupos de apoio ligados a instituições religiosas, com frequência semanal. Um dos grupos em funcionamento acolhe usuários de álcool de drogas e seus familiares, e funciona como um grupo externo a uma comunidade terapêutica sediada em Manaus. O grupo se reúne uma vez por semana, e aqueles que desejam ingressar na comunidade terapêutica podem receber orientações sobre o procedimento de entrada. Também foi citada a existência de uma comunidade terapêutica ativa no município e outra em proposta de implantação, mas os relatos sobre as comunidades foram vagos.

Sobre ações realizadas por outras instituições, foi relatada a abordagem de condutores de rabeta pelas forças armadas para identificar embriaguez. Angelim descreveu que as ações estavam relacionadas a ocorrência de mortes por conta de pessoas conduzirem bêbadas no rio. Outra interlocutora, Pupunha, citou um período em que o setor de Assistência Social fazia ações de busca ativa em uma zona vulnerável da cidade. Pupunha não tinha informações sobre a continuidade da ação nos dias atuais.

De maneira geral houve dificuldade entre os interlocutores brasileiros em citar os serviços onde eram realizados atendimentos de saúde mental para

peças com uso problemático de álcool em Tabatinga. Grande parte também desconhecia a existência de serviços na capital colombiana. Aqueles que assinalaram a existência de serviços em Letícia, reforçaram que o acesso se dá mediante pagamento. Uma das interlocutoras referiu que o uso do atendimento psiquiátrico por parte de moradores de Tabatinga ocorre entre a população com maior poder aquisitivo, pois o preço de uma consulta gira em torno de 250 ou 300 mil pesos, o que equivalia à época a quase R\$400,00. A inexistência de serviços na ilha peruana foi consenso entre todos.

Sobre os recursos disponíveis na cidade colombiana Morototó e Taperebá relataram que Letícia dispõe de atendimento de psicólogos e psiquiatras. Os psicólogos podem ser acessados através do encaminhamento do médico generalista, estando suas ações previstas no pacote comum, básico. Há atendimento de psiquiatria a cada 15 dias. O atendimento do psiquiatra é efetuado no hospital público de Letícia. atendimentos de urgência e emergência também são efetuados no hospital. Nos casos de necessidade, os pacientes são referenciados a Bogotá. Há na região uma instituição de saúde voltada para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas. Este local é voltado para o atendimento tanto de indígenas como de não indígenas e é uma instituição contratada pelo Estado para realizar o atendimento. Também foi relatada a oferta de atendimento privado em psiquiatria. Foi dito que são desenvolvidas campanhas de prevenção direcionadas para o tema do álcool, mas que não há ações/intervenções diretas para a comunidade.

Letícia possui um grupo de Alcoólicos Anônimos ativo. As reuniões do grupo ocorrem em uma escola, que fica próximo à Igreja Católica da cidade. A frequência das reuniões é de três vezes por semana, sempre no turno noturno. Um dos moradores da cidade, que chamamos de Açaí, relatou que o grupo já recebeu pessoas de todas as nacionalidades da fronteira, mas atualmente apenas colombianos estão frequentando. Sobre o atendimento de saúde para o uso prejudicial de álcool na capital colombiana, Açaí falou que não há interesse do governo e não há acompanhamento de saúde direcionado. Ainda sobre o assunto, o interlocutor citou uma situação em que algumas pessoas foram encaminhadas para Bogotá para tratamento no serviço de saúde, mas quando regressaram estavam mais enfermas do que quando foram.

Em Santa Rosa, moradores relataram que não há oferta de ações e serviços para pessoas com uso problemático de álcool e/ou drogas. Também não há grupos de apoio para este público na ilha.

Os interlocutores relataram não haver contato e/ou trocas entre os serviços de saúde da fronteira nos casos relacionados a atenção em saúde para problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool.

## Atravessamentos do uso prejudicial de álcool na tríplice fronteira: reflexões a partir do campo

O trânsito pela fronteira e os diálogos tecidos ao longo do trabalho de campo evidenciaram pontos importantes para pensar a atenção em saúde para problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool na região. Abordaremos mais detidamente os aspectos de complementaridade e desigualdades observadas na tríplice fronteira e a relação do uso prejudicial de álcool com aspectos culturais e interculturais.

O ponto que nos chamou a atenção foi a complementaridade das localidades. A fronteira é altamente porosa e seus pontos se complementam em diversos aspectos da vida cotidiana. O modo de vida local contempla o cruzar constante das fronteiras para atividades que envolvem desde a compra de insumos básicos até o usufruto de serviços de saúde, trabalho e lazer.

Essa dinâmica foi descrita por Euzébio (2011), que enfocou a relação entre Tabatinga e Letícia. O autor listou diversos objetos e serviços compartilhados entre as cidades, e assinalou a forte relação de complementaridade entre ambas, especialmente no campo econômico. Segundo ele, essa complementaridade se reflete nos aspectos social e cultural e tem origem nas relações históricas estabelecidas pelas populações indígenas e tradicionais que habitavam a região antes mesmo da conformação da atual fronteira.

Na saúde também é descrita a mesma dinâmica observada no campo desta pesquisa. O autor pontua que a população habitualmente atravessa a fronteira em busca de suprir as necessidades que, porventura, não são satisfeitas em apenas um local, seja para ter acesso aos serviços públicos, seja para filiar-se à planos de saúde privados no outro país, ou mesmo pagar diretamente por esses serviços (Euzébio, 2011).

Ainda que a complementaridade entre as cidades se apresente como facilidade, ambas as localidades enfrentam as limitações do duplo status fronteiriço-amazônico. O estudo de Peiter (2007) sobre a disponibilidade de serviços de saúde na fronteira apontou como característica das cidades do arco norte a concentração da capacidade instalada em saúde nas capitais dos Estados brasileiros (inclusive para serviços de média e alta complexidade). A escassez de recursos humanos e baixa cobertura de saúde foram outras características mencionadas pelo autor na análise da região. Em Letícia, os espaços fronteiriços amazônicos foram descritos como as regiões mais vulneráveis dos três países, que tem como denominador comum as deficiências na prestação de serviços de saúde, ainda que cada país exiba graus diferenciados de dificuldades (Alcadía de Letícia, 2020).

Face a estes problemas, a população ativamente trilha os caminhos para contornar as limitações locais, conforme os diálogos apresentaram. Contudo, estas tentativas algumas vezes estão restritas à capacidade econômica das famílias, que dependendo do poder aquisitivo podem ou não ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam. Esse “*privilégio econômico*” foi exemplificado nos diálogos com moradores do Peru e de Tabatinga.

No Peru, moradores com maior condição financeira buscam as cidades vizinhas para obter serviços que não estão disponíveis na ilha, ao passo que a população mais pobre percorre caminhos mais longos e que envolvem deslocamentos até cidades peruanas mais distantes. Em Tabatinga esse movimento é mais recorrente na busca por atenção especializada ou por serviços de maior complexidade, não incluídos na infraestrutura do município ou cujo acesso não está disponível de maneira frequente, como os atendimentos de psiquiatria. Em ambas as localidades, a dupla ou múltipla nacionalidade foi uma ferramenta que facilitou o acesso a estes serviços.

As limitações dos serviços de saúde também abarcam os atendimentos de saúde mental na região, que se concentram nas cidades de Letícia e Tabatinga. Na cidade brasileira as dificuldades foram evidenciadas nos relatos a respeito do aumento das demandas e da dificuldade de manejo de alguns casos. A cidade dispõe de apenas duas equipes multiprofissionais de apoio à atenção básica e serviço de psiquiatria a cada três meses. Fora dos serviços públicos e na cidade colombiana há oferta de atendimento em saúde mental, mas o custo do serviço representa uma barreira de acesso à população mais pobre e àqueles que não estão cobertos pelo seguro saúde do país vizinho. No caso do uso problemático de álcool, a escassez de redes de suporte para usuários e familiares também é um fator limitante para na região.

Neste ponto vale ressaltar as discussões feitas por Lund *et al.* (2011) acerca da relação saúde mental-pobreza. Os autores destacam que há uma interação circular negativa entre os dois elementos, em que condições relacionadas a pobreza elevam o risco de adoecimento mental que, por sua vez, interfere na permanência ou piora das condições sociais. Segundo eles, a relação renda-adoecimento é mais forte na saúde mental do que para as demais condições de saúde, principalmente em países onde a saúde mental não é coberta pelos seguros de saúde padrão.

Os relatos sobre o uso prejudicial de álcool no trabalho de campo abordaram o contexto de uso, as bebidas comumente consumidas e as manifestações do uso problemático na região. Estas falas demonstram o caráter multifacetado do fenômeno, que se conecta aos aspectos culturais, econômicos e às condições de vida e saúde na fronteira.

A questão cultural foi evocada de maneira recorrente para ilustrar que o uso prejudicial de álcool muitas vezes não é reconhecido como um problema pela população e no cotidiano dos serviços de saúde. O recurso à bebida foi enquadrado nas poucas opções de lazer existentes, fazendo parte dos momentos de diversão e ócio nas cidades. A ausência de atividades alternativas foi um fator citado como agravante da frequência e intensidade do uso. Os relatos dão conta que o consumo prejudicial de álcool se convertia em problema quando se manifestavam as violências, ou quando o estado de saúde das pessoas se deteriorava, fazendo com que surgissem as demandas para o serviço de saúde.

A procura dos serviços em decorrência do uso problemático de álcool foi descrita como secundária. As demandas para a saúde eram sempre relacionadas às consequências de usos prolongados e/ou abusivos, geralmente agravadas. Em grande parte das conversas, os problemas decorrentes do consumo prejudicial pareceram não alcançar os serviços de saúde de maneira direta.

A aparente contradição presente nas declarações que afirmam o uso problemático de álcool na região e referem pouca demanda para a saúde faz pensar na existência de elementos que dificultem a chegada destes casos nas unidades de saúde. Uma hipótese sobre a não procura está ligada aos hábitos culturais de consumo de álcool, que podem dificultar o reconhecimento entre o que é considerado uso problemático ou não – tanto por parte dos usuários como por parte dos profissionais. Uma segunda suposição para essa dificuldade seria a baixa incorporação de ações que possibilitem o conhecimento sobre hábitos de consumo de bebida alcóolica nos serviços de saúde e a existência de dificuldades na identificação e manejo de usos prejudiciais por parte dos profissionais.

Outro fator que pode estar relacionado é o estigma. O estigma é abordado na obra de Erving Goffman (2019), em que o autor discute algumas definições dadas ao termo e aponta que o emprego da palavra está associado a um juízo depreciativo de alguma característica pessoal. Essa característica distingue quem a possui dos demais, podendo revelar aspectos do caráter ou status moral que atribuem descrédito, fraquezas, defeitos. O *“alcoholismo”* é enquadrado pelo autor como um estigma *“das culpas de caráter individual – vontades fracas, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade”* (Goffman, 2019, p.7).

Assim, Goffman nos apresenta que o entendimento do *“alcoholismo”* – e aqui buscamos nos ater ao uso prejudicial da substância e suas consequências – se localiza no plano individual. Contudo, não podemos perder de vista que o consumo dessa substância não se restringe a comportamentos individuais e isolados. Pelo contrário, as formas de uso relacionam-se com as culturas e variam em diferentes sociedades, possuindo uma dimensão coletiva importan-

te. No espaço fronteiriço, as falas sobre o uso prejudicial de álcool frequentemente se referiam a contextos de uso coletivo, de reunião de pessoas para fins de diversão e lazer, por exemplo. Alguns interlocutores mencionaram um grupo de usuários de álcool, que podiam ser vistos com frequência próximo à fronteira, onde se reuniam e consumiam bebida. Estas falas sinalizam a dimensão coletiva do fenômeno, que vai para além de um comportamento individual. A referência ao consumo de bebida como algo cultural por interlocutores brasileiros e colombianos aponta nesta mesma direção.

O estigma pode representar um elemento dificultador ou mesmo inibitório da busca de serviços de saúde devido aos efeitos negativos que o reconhecimento do uso problemático de álcool traria consigo. Adicionalmente, os que recorrem aos atendimentos de psicólogo e psiquiatra também carregariam consigo o signo da loucura, como foi dito por um dos interlocutores brasileiros, o que pode gerar uma dupla estigmatização e reduzir ainda mais as chances de procura. Neste cenário, a busca pelo serviço de saúde ocorreria em situações em que não houvesse outra alternativa ou mesmo onde não fosse possível estabelecer uma conexão clara entre os excessos de uso de álcool e o sintoma apresentado.

Uma referência comumente feita pelos interlocutores foi referente ao uso problemático de álcool na população indígena. Na maior parte das vezes, os relatos se referiam aos indígenas da etnia Tikuna residentes nas três localidades da fronteira. É possível supor que a referência específica à etnia decorra do maior contato com esta população, visto que a comunidade Tikuna localizada na região é tida como uma das maiores da região amazônica (Brasil, 2005). Na tríplice fronteira, os Tikuna residem em comunidades e áreas próximas de Letícia, Santa Rosa e na Terra Indígena de Umariçu, com localização contígua à Tabatinga.

O uso de álcool entre populações indígenas no Amazonas foi discutido nos trabalhos de Pellegrino (2021), Souza e Garnelo (2012), e em obras contidas em Souza (2013). O uso de bebidas alcóolicas entre as populações indígenas tem funções específicas dentro da cultura que variam entre as etnias e diferem significativamente do consumo entre populações não indígenas. A atenção à saúde para o uso problemático de álcool nestes contextos necessita buscar “[...] o significado que o beber assume para um dado grupo social, em um determinado tempo” (Souza & Garnelo, 2007, p. 1640).

O uso de bebidas alcóolicas está presente em diversas etnias indígenas. Trata-se de um uso que não é recente, mas remonta a períodos anteriores à colonização. A bebida alcóolica e seus modos de uso nas sociedades indígenas estão circunscritos a contextos e práticas definidas, ligadas às tradições destas sociedades. Contudo, Pellegrino e autores (2021, p. 116) assinalam que os contatos

interétnicos ocorridos desde a colonização tem promovido alterações nas formas de uso das substâncias alcóolicas em diferentes sociedades indígenas, introduzindo novas substâncias e instaurando “*um novo processo de alcoolização*”.

No campo, um elemento que assumiu caráter particular foi a utilização de cachaça. Os interlocutores descreveram o destilado como uma substância problemática para os indígenas na fronteira em geral. A proibição específica de venda nas comunidades foi mencionada em diversos momentos, assim como as estratégias para burlar a proibição como o transporte clandestino pelo rio. A disponibilidade da cachaça nos comércios da cidade e a própria condição de fronteira, com trânsito fácil entre os diferentes pontos foi referido como facilitador na obtenção da bebida.

A presença e consumo de cachaça nas áreas indígenas é referido na literatura por Souza e Garnelo (2007). No trabalho, os autores descrevem os modos de consumo de bebida alcóolica no Alto Rio Negro e apresentam como a cachaça se inseriu e promoveu mudanças no cotidiano das populações da região. Pellegrino *et al.* (2021) assinalam que o contato da cachaça com as populações indígenas remonta ao século XVI e está associado a práticas colonialistas de ocupação das terras e assujeitamento dos indígenas. Os autores corroboram as falas de Souza e Garnelo (2007), apontando mudanças nos sistemas socioculturais e o surgimento de agravos em decorrência da introdução de destilados entre a população indígena.

Essa dinâmica reafirma que a abordagem do uso problemático da substância necessita abarcar as questões sociais e culturais dos contextos em que serão desenvolvidas. É necessário compreender quando e como o consumo de álcool passa a ser problemático nestes grupos para assim desenhar as possibilidades de ação de maneira intercultural, com a participação da comunidade.

Os diálogos tecidos ao longo do estudo de campo citaram a existência de proibições de venda e ações de fiscalização para coibir o transporte de bebida, além da verificação do estado de embriaguez de condutores de pequenas embarcações. Contudo, essas ações pareceram restritas e insuficientes na abordagem das diferentes facetas do uso problemático do álcool. A magnitude do tema demanda a convocação de diversos setores no desenho e execução de ações que possam endereçar os principais problemas associados ao consumo prejudicial de bebidas alcóolicas na região. Além da saúde, foco da atenção deste trabalho, também fazem parte das respostas os setores de assistência social, educação, lazer e cultura e outros mais que estão direta ou indiretamente relacionados aos efeitos do uso prejudicial de álcool.

A despeito do intenso intercâmbio entre as cidades, havia um desconhecimento mútuo das possibilidades de atenção às questões de uso prejudicial de

álcool na região, ainda que este tenha sido declarado como um problema comum. A região também possui limitações na infraestrutura e recursos humanos, não havendo nenhum serviço direcionado para a atenção especializada em saúde mental no lado brasileiro da fronteira. Apesar de terem sido citados dispositivos e profissionais no lado colombiano, a necessidade de pagamento impõe uma barreira financeira ao acesso a estes serviços. A capacitação dos profissionais para a identificação e abordagem do tema e a construção de diálogos interculturais são fatores que também fazem parte do debate sobre o uso problemático de álcool na região.

A melhoria da saúde mental e diminuição das desigualdades em saúde existentes não se dará unicamente com o incremento dos serviços provedores de atenção. As ações neste campo devem envolver todos os atores, incluindo os usuários dos serviços, estabelecer parcerias entre governos, pesquisadores e demais instituições e firmar colaborações internacionais para fazer frente às desigualdades e barreiras ao cuidado em saúde mental (Kakuma *et al.*, 2011).



## TEMAS TRANSVERSAIS

Durante os diálogos na região alguns temas surgiram de maneira transversal à questão do uso prejudicial de álcool. Foi comum a menção sobre o aumento da violência, com relatos corriqueiros de assaltos e homicídios, principalmente – mas não exclusivamente – na cidade brasileira. A violência também foi relatada como manifestação do uso prejudicial de álcool, cujo desfecho envolvia o atendimento nos serviços de saúde de urgência e emergência e o sistema de justiça.

Outro tema que atravessou os diálogos foi o uso de drogas. Este uso foi descrito muitas vezes como amalgamado ao uso prejudicial de álcool, de forma que o consumo prejudicial do álcool em si perdia importância frente ao uso concomitante de outra substância, em geral ilícita.

O aumento dos casos de suicídio no município também permeou as conversas realizadas no campo. Em uma das viagens esse tema foi especialmente presente em razão de ter ocorrido um suicídio poucos dias antes da chegada ao município. O manejo destes casos e as dificuldades com relação às questões de saúde mental no município foram assinaladas pelos profissionais, com preocupação com relação ao crescimento da demanda e as tentativas de suicídio entre os adolescentes. A situação familiar dos adolescentes, a dificuldade na fronteira e a “*sedução*” dos jovens foram apontadas como fatores relacionados. A descontinuidade de programas e atividades educativas para os jovens foi citada como uma perda.

Estes temas representam interseções entre o uso prejudicial de álcool e a dinâmica fronteiriça. Episódios de violência interpessoal foram frequentemente descritos nas falas dos interlocutores e pareceram representar uma das manifestações do uso prejudicial de álcool na região. Era em decorrência deles que se buscava os serviços de saúde. A emergência desses episódios também foi descrita por alguns interlocutores como o ponto de inflexão, a partir do qual os prejuízos decorrentes do uso de bebida alcóolica se tornavam visíveis, principalmente para pessoas do convívio social. Nos casos de violência autoprovocada, o uso prejudicial de álcool foi referido como “*disparador*” de eventos que levavam ao desfecho da tentativa e/ou suicídio propriamente dito.

De maneira oposta, o uso de drogas ilícitas pareceu invisibilizar o uso prejudicial de álcool, adquirindo maior relevância que a bebida alcóolica nos relatos. Interlocutores pontuaram que era comum o uso concomitante das substâncias, porém a ênfase das falas recaía nos prejuízos decorrentes do uso de drogas ilícitas. Ainda que os relatos sinalizassem para o uso prejudicial de álcool simultaneamente, esse uso pareceu adquirir maior importância apenas quando o consumo de outras substâncias cessava.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A passagem pelo campo proporcionou encontros e diálogos cuja riqueza tentamos transportar para este texto. A tríplice fronteira amazônica nos apresentou uma dinâmica única onde os limites e as oportunidades de cada localidade direcionavam o fluxo de pessoas em busca de atenção às diferentes necessidades. Propomos finalizar esse texto refletindo sobre as singularidades da dinâmica fronteiriça amazônica e os temas que se mostraram importantes para a construção do cuidado ao uso prejudicial de álcool nesta região.

Sobre o primeiro ponto, a dinâmica do espaço fronteiriço amazônico nos apresentou que a vida e os fluxos na fronteira muitas vezes escapam à rigidez dos protocolos e da regulação das instituições. Essa fluidez foi representada no permanente trânsito entre as localidades, através do movimento ativo da população residente. O movimento para a saúde também era marcado pela tessitura de caminhos e construção de arranjos pela população, que transitava entre os sistemas dos países e serviços privados para superar as limitações. Contudo, as possibilidades de trilhar caminhos para a saúde nestes espaços por vezes se condicionava à capacidade financeira das famílias e indivíduos, permitindo ou dificultando o acesso aos serviços.

O duplo status fronteiriço-amazônico faz com que a região conviva simultaneamente com as dificuldades próprias da região amazônica e dos espaços fronteiriços expressas na centralização de serviços de saúde nas grandes ca-

pitais; dificuldade de fixação de profissionais; custo elevado de deslocamento; fluxo intenso de pessoas; e diferenças na oferta de serviços de saúde. Esta dinâmica e o compartilhamento do território demanda o reconhecimento da identidade local na criação de respostas e enfrentamento de problemas de saúde. Da mesma forma, o desenho das ações de saúde para o uso prejudicial de álcool também não pode se furtrar a essa lógica.

Sobre a construção do cuidado ao uso prejudicial de álcool na fronteira amazônica nossas reflexões giraram em torno das relações deste uso com a cultura e percepção de risco, as dificuldades de produção deste cuidado no contexto local atual e a dimensão social do fenômeno.

O uso de álcool na região foi frequentemente referido como algo cultural. Os relatos descreveram o consumo de bebidas alcóolicas como elemento presente nos momentos de diversão e ócio, assinalando a presença de diversos bares localizados nas áreas centrais das cidades brasileira e colombiana. Esse aspecto cultural se somou à descrição do consumo de bebidas alcóolicas como alternativa ao isolamento da fronteira e às limitadas opções de atividades culturais e de lazer na região. Neste cenário indagamos se o amplo espectro de ocasiões e a frequência do consumo de bebidas alcóolicas na região pode dificultar o reconhecimento do uso prejudicial de álcool.

Um exemplo deste ponto está representado na afirmação recorrente da baixa procura de atendimento a estas demandas nos serviços de saúde primários. Grande parte dos interlocutores assinalou a existência de dificuldades na percepção do uso prejudicial da substância por parte dos usuários. O uso prejudicial de álcool era predominantemente referido nas demandas de serviços de urgência e emergência, para atendimentos a lesões e intoxicações. Em menor grau, este uso foi relatado nas enfermidades crônicas que chegavam aos serviços de saúde e nos casos de uso de drogas ilícitas.

A dificuldade no reconhecimento do uso prejudicial de álcool pode se expressar tanto na percepção de quem consome como na identificação do uso prejudicial por parte das equipes de saúde. Assim, parece importante a criação de espaços de diálogo e formação sobre o tema, de forma que se possa viabilizar a produção de conhecimento coletivo e discutir sobre o uso prejudicial de álcool na região.

Nessa produção de conhecimento é fundamental a construção de diálogos interculturais. O uso prejudicial de álcool entre a população indígena foi mais facilmente determinado pelos interlocutores, o que nos leva a refletir sobre dois pontos. Primeiro, sobre o reconhecimento das diferenças culturais no uso de bebidas alcóolicas entre indígenas e não indígenas. O segundo ponto reside na fronteira entre o beber prejudicial e o não prejudicial dentro da cultura das sociedades indígenas da região.

Entendemos que os dois pontos são relevantes na aproximação do tema e que essa discussão perpassa necessariamente pelo envolvimento das populações indígenas. É indispensável a criação de espaços de diálogo sobre as formas de uso tradicionais e as que escapam a esse enquadre na construção de estratégias de enfrentamento para os problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool. É igualmente importante a abordagem do uso prejudicial de álcool nos currículos e nas formações profissionais na região, com atenção para a singularidade deste uso entre os povos indígenas.

Ainda no quadro de dificuldades para a produção do cuidado, a inexistência de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também pode contribuir para o quadro local, tomando como foco a cidade brasileira. As falas das pessoas não ligadas aos serviços de saúde apontaram as dificuldades de manejo da demanda de uso prejudicial de álcool na região, a escassez de dispositivos e o estigma a que está sujeito este grupo. O município dispõe de reduzido número de profissionais para uma demanda diversa e crescente no campo da saúde mental. A ausência de um serviço especializado representa limitações para a construção da rede local, especialmente se considerarmos a função dos CAPS na articulação e compartilhamento do cuidado com os serviços da atenção primária. Ademais, a presença de suporte especializado e ferramentas de manejo e condução dos casos pode auxiliar a realização de ações por parte dos profissionais da atenção primária.

Por fim, sinalizamos a importância de considerar o uso prejudicial de álcool como um fenômeno social, que se relaciona com o contexto em que é produzido e simultaneamente produz consequências nesse espaço. Boa parte dos diálogos tecidos no campo enfatizaram a dimensão individual deste uso, o que pode estreitar o entendimento da complexidade do fenômeno. A inserção do uso prejudicial de álcool na ordem do coletivo implica pensar em ações e intervenções que abarquem o caráter social dessa prática e que discutam a interface deste uso com os aspectos socioculturais e econômicos, por exemplo. Logo, consideramos importante chamar a atenção para esta dimensão coletiva na fronteira a fim de que o contexto social e as diferentes relações produzidas neste meio possam ser incluídos no debate sobre o tema na região, convocando contribuições de setores para além da saúde.

Não pretendemos aqui esgotar o tema, buscamos apresentar as reflexões produzidas a partir do trabalho de campo, ainda que de maneira inicial. O debate sobre o uso prejudicial de álcool na tríplice fronteira segue em construção e se beneficiará da inclusão e aprofundamento das diferentes perspectivas dos atores locais. O reconhecimento dos atravessamentos aqui apresentados é parte importante na construção de respostas efetivas e alinhadas a nível local e cultural que, em última análise, contribuirão para a diminuição das desigualdades locais no âmbito da saúde mental.



## REFERÊNCIAS

- Aikes, S., & Rizzotto, M. L. F. (2018). Regional integration of healthcare services in Twin cities, Paraná State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, 34(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>
- Alcadía de Leticia. (2020). **Plan de Desarrollo municipal 2020-2023 “Juntos por una Leticia Mejor.”** 8(5), 55. [https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2020/11/Leticia\\_Plan-de-Desarrollo-Municipal\\_2020-2023.pdf](https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2020/11/Leticia_Plan-de-Desarrollo-Municipal_2020-2023.pdf)
- Brasil. Coordenação Geral de Estudos Econômicos e Empresariais. (2014). **Área de Livre Comércio de Tabatinga / AM** (1st ed.). SUFRAMA (org.).
- Brasil. (2005). **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** <https://www.fonplata.org/pt/projetos/programa-de-desenvolvimento-da-faixa-de-fronteira-na-cidade-de-ponta-pora-fronteira-do-futuro>
- Butel, A., & Schor, T. (2017). As redes urbanas pan-amazônicas e a geografia dos transportes na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru. **Espaço & Geografia**, 20(2), 501-539.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2023). **Censo Nacional de población y Vivienda 2018.** <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., Ntulo, C., Thornicroft, G., & Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, 378(9802), 1592-1603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X)
- Euzébio, E. F. (2011). **Fronteira e horizontalidade na Amazônia: as cidades gêmeas de Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia)** [Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.18227/2177-4307.acta.v8i18.1625>
- Goffman, E. (2019). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada** (4th ed.). LTC.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. **Salud Publica de Mexico**, 53(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1590/s0036-36342011000500003>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2023a). **Cidades**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tabatinga/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2023b). **Mapa da presença de pessoas indígenas nos municípios**. <https://indigenas.ibge.gov.br/mapas-indigenas-2.html>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018a). **La autoidentificación étnica: población indígena y afroperuana**.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018b). **Loreto: resultados definitivos tomo I**.
- Jacob, K., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J., Sreenivas, V., & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? **Lancet**, 370(9592), 1061–1077. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)
- Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., Saxena, S., & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. **The Lancet**, 378(9803), 1654–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
- Levino, A., & Carvalho, E. F. de. (2011). Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, 30(5), 490–500. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011001100013>
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, 378(9801), 1502–1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)
- Pan American Health Organization [PAHO]. (2020). **Regional status report on alcohol and health in the Americas**. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7670>
- Patel, V., Boyce, N., Collins, P. Y., Saxena, S., & Horton, R. (2011). A renewed agenda for global mental health. **The Lancet**, 378(9801), 1441–1442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61385-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61385-8)
- Peiter, P. C. (2007). Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(supl 2), S237–S250. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001400013>

- Pellegrino, E. F. C. P., Pessoa, L. D. N., Ferreira, L. O., Neto, A. V., Rodrigues, E. dos S., Almeida, G. R. de, Siqueira, O., & Barreto, J. P. L. (2021). Álcool e outras drogas entre os povos indígenas. In M. R. (org. . *et al.* El Kadri (Ed.), **Bem-viver: Saúde Mental Indígena** (pp. 110–133). Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Perú. Viceministerio de Gobernanza Territorial. (2017). **Información territorial del departamento de Loreto**.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. **Lancet**, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **Lancet**, 370(9590), 878–889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Schor, T., Tavares-Pinto, M. A., & Ribeiro, A. B. (2016). **Mercados e feiras na tríplice fronteira: uma análise dos espaços de comercialização de produtos in natura na cidade de Tabatinga, Amazonas, Brasil**. 17(59), 1–17.
- Souza, M. L. P. de. (2013). Processos de alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. In **Processos de alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais**. <https://doi.org/10.7476/9788575415818>
- Souza, M. L. P. de, & Garnelo, L. (2007). Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(7), 1640–1648. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000700015>
- Souza, M. L. P. de, & Garnelo, L. (2012). Relativismo cultural e uso de álcool: contribuições a partir do campo da saúde indígena. In S. Alarcon & M. A. S. JORGE (Eds.), **Álcool E Outras Drogas: Diálogos Sobre Um Mal-Estar Contemporâneo** (pp. 265–284). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415399>
- Sunkel, C. (2011). Empowerment and partnership in mental health. **The Lancet**, 379(9812), 201–202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61270-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61270-1)
- United Nations. (2015). **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development**. <https://doi.org/10.1201/b20466-7>
- World Health Organization [WHO]. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In **Global status report on alcohol** (Vol. 65, Issue 1). <https://doi.org/10.1037/cou0000248>.

# *Avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa em uma Unidade de Saúde no município de Parintins, Amazonas*



**Darlane Valério Pinto Lopes**



## REFERÊNCIAS

**A** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi aprovada pela Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, em virtude da mudança na pirâmide etária do país com o crescimento acelerado da população idosa nas últimas décadas, observou-se a necessidade de adesão à novas políticas de assistência integral à saúde da pessoa idosa. A projeção para o ano 2050 é que cerca de 20% da população mundial será composta por idosos, incluindo cerca de 2,2 milhões de centenários, taxa 15 vezes maior que a atual (IBGE, 2016). A Assessoria de Planejamento em parceria com a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa inclui na Programação Anual de Saúde do Ano de 2021, a implementação da Avaliação Multidimensional da Saúde Idosa no município de Parintins. A proposta da avaliação deveria ser realizada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipe multiprofissional através de instrumento criado com base na caderneta de saúde da pessoa idosa.

De acordo o Ministério da Saúde (2021), o aumento da expectativa de vida é resultado da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes.

O município de Parintins, no Amazonas, possui 7.153 (sete mil, cento e cinquenta e três) idosos, e conta com uma rede estruturada para oferecer assistência a essa população. Para responder a essa demanda, houve a necessidade de qualificar os profissionais para um atendimento humanizado e qualificado.

Conforme estabelecido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a organização dos serviços, sob a ótica do acolhimento, proporciona que o paciente seja o sujeito principal do cuidado, e evidencia a importância do trabalho em rede, organizados de forma a melhorar o acesso e a adesão dos usuários, não só ao tratamento, mas ao próprio serviço que oferta alternativa de atendimentos interdisciplinares e diversificados (FIOCRUZ, 2020). Para fortalecer a atenção à saúde da pessoa idosa é necessária uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, o que demanda a integração de diferentes serviços do território, por meio da organização e articulação da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2022).

Como forma de identificar as vulnerabilidades da população idosa, utilizou-se a Avaliação Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa (AMSPI), a qual ajuda a compreender o processo do envelhecimento em vários aspectos, possibilitando que os profissionais de saúde possam direcionados a elaborar um Plano Terapêutico Singular (PTS) para organizar e implementar os cuidados. A AMSPI foi elaborada a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Fiocruz, 2020), no Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde. A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMSPI) foi constituída a partir de grupos de estudos através da troca de conhecimentos com a médica Eliana Bandeira-Geriatria do Centro Mais Vida (CMV) de Minas Gerais e profissionais da Rede Sarah Kubitschek-DF. Na ocasião, foi utilizado como referências a Avaliação Geriátrica Ampla sugerida por Moraes (2016); o Caderno de Atenção Básica n.19 do Ministério da Saúde (Brasil, 2006); instrumentos de avaliação já validados e questões formuladas pela necessidade da equipe do Centro de Saúde do Idoso (Fiocruz, 2020).

Dessa forma, se fez necessário refletir sobre a reorganização dos serviços de saúde e as políticas públicas existentes para que prestasse um atendimento de qualidade voltado para as necessidades individuais e coletivas dessa população.

O objetivo deste texto é apresentar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMSPI) para as Equipes Multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Parintins, habilitando-as para a implementação com os idosos da zona urbana e rural. Em seguida, será escolhida uma unidade piloto para consolidação das informações, e assim, identificar os problemas com maior dimensão para que sejam elaboradas estratégias de melhoria na qualidade de vida dessa população.

## METODOLOGIA

Realizamos uma oficina que foi dirigida às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Multiprofissional (educadores físicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionista, fonoaudiólogo) da Atenção Básica e se deu em formato presencial com carga horária de 8 (oito) horas com o uso de metodologias ativas. As aulas teóricas e práticas foram realizadas em grupo com simulações de casos clínicos, levando à reflexão sobre o processo de trabalho envolvido na atenção aos idosos.

O conteúdo abordado foram os itens pertencentes a caderneta de saúde da pessoa idosa tais como: medicamentos utilizados, diagnósticos e intervenções, cirurgias, dados antropométricos, identificação do idoso vulnerável (VES 13), quedas, hábitos de vida, controle da pressão e glicemia, vacinação, hábitos de vida e informações relacionadas a cognição, psicológico e ambiente. O quantitativo de avaliações realizadas com os idosos na Unidade Básica de Saúde (UBS) piloto serão apresentados como resultados neste texto. A médio prazo, todos os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Multiprofissional envolvidos na assistência nas Unidades Básicas de Saúde do município aplicaram a avaliação.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O município de Parintins está localizado a 369 km da capital Manaus, faz parte dos 30 (trinta) municípios que integram a Mesorregião do Centro Amazônico, assim como também constitui a Microrregião de mesmo nome formada pelos municípios de Maués, Boa Vista do Ramos, Barreirinha, Nhamundá, Uruará e São Sebastião do Uatumã. A cidade está localizada a leste do estado do Amazonas, a margem direita do Rio Amazonas e tem uma população de 96.372 (IBGE, 2022) e conta com dez Unidades Básicas de Saúde na zona urbana, cinco na zona rural e uma Unidade Fluvial.

A AMSPI foi realizada com profissionais de todas as unidades da zona urbana e em três da zona rural no mês de julho do ano de 2021. A população idosa do município totaliza 7.153, sendo realizadas a avaliação em 3.449 idosos, correspondendo a 48,21% dessa população. A unidade piloto foi a UBS Tia Leó, que conta com três equipes de ESF e tem um total de 767 idosos. Destes, 348 (45,37%) participaram da avaliação, sendo aplicada no período de julho a dezembro de 2021.

Dentre os idosos avaliados, 49 (14,08%) são solteiros, 154 (44,25) casados, 46 (13,21%) divorciados e 46 (13,21%) viúvos. Os demais não responderam.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2021), o número de idosos casados caiu de 55% em 2006 para 52% em 2020, enquanto os desquitados, divorciados e separados aumentaram, assim como os solteiros e viúvos.

Em relação a companhia no contexto familiar, 46 (13,21%) idosos moram só, 302 (86,78%) moram com o companheiro ou familiar contradizendo o que Soler (2023) relatou que o número de idosos que moram sozinhos vem aumentando cada vez mais no país. Porém, quando sozinho, o idoso pode enfrentar alguns problemas, relacionados aos riscos ambientais e às limitações físicas ou a problemas de ordem social, pois muitas vezes, o idoso acaba se isolando ou sendo isolado dentro de sua própria casa. De acordo com estudo realizado por Negrini *et al.* (2018), a proporção de idosos morando sozinhos no Brasil foi de 15,3% em 2013. Essa proporção variou geograficamente, sendo que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram valores mais elevados que as regiões Norte e Nordeste.

O Estatuto da Pessoa Idosa, sancionada em 10 de outubro de 2003, por meio da Lei 10.741, o Art. 3º aborda sobre a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar à pessoa idosa vários direitos. Dentre esses, a garantia do trabalho, pois o cenário é de ociosidade dos idosos, sendo isso preocupante quando temos um aumento da expectativa de vida. Dos idosos avaliados 153 (43,96%) trabalham e 159 (45,68%) são aposentados.

A aposentadoria altera o ritmo de vida dessa população, sendo que o rompimento com o trabalho traz um sentimento de perda de produtividade, podendo alterar o fator psicológico e dando um sentimento de inutilidade. Alvarenga *et al.* (2009) relatam que para alguns idosos a aposentadoria é assimilada de forma positiva, proporcionando uma reorganização da vida, enquanto para outros, é significativamente prejudicial, podendo afetar sua estrutura psíquica, manifestando sintomas de ansiedade, depressão, irritabilidade e insatisfação de forma geral. Por fim, a condição de aposentadoria pode afetar o funcionamento cognitivo decorrente da redução das suas atividades diárias, provocando uma diminuição na qualidade de vida.

O perímetro da panturrilha é uma informação fundamental na avaliação do idoso devido a sarcopenia. A avaliação do perímetro da panturrilha através da fita métrica inelástica é recomendada para identificação de perda de massa muscular. Dentre os idosos avaliados, 194 (45,74%) apresentaram o perímetro entre 31 e 34 cm. Os que apresentaram um risco mais elevado, ou seja, com perímetro menor que 31 cm, totalizaram 112 (32,8%). Os autores Pagotto *et al.* (2017) afirmam que essas medidas são recomendadas como estratégias alternativas para avaliação da massa muscular e identificação precoce de sarcopenia, dando condições para predizer incapacidades e identificar quais as necessidades de cuidados na tomada de decisão terapêutica.

No que tange às quedas em idosos, do total avaliado, 48 (13,79%) sofreram algum tipo de queda, opondo-se ao que ocorreu em pesquisa realizada com 1.413 indivíduos da amostra de 2006, dos quais 1.397 (98,86%) registraram quedas no ano anterior à entrevista (Duarte *et al.*, 2018).

Os estudos de Perracini & Ramos (2002) e Schiaveto (2008) evidenciaram que dentre os principais motivos de queda em idosos foram acidentais ou relacionadas ao ambiente: distúrbio do equilíbrio e marcha, fraqueza muscular, tontura e vertigem, dor, medicamentos, hipotensão postural, distúrbios visuais, queda da cama e síncope. Outros elementos relevantes são a fraqueza muscular, história de quedas, déficit de marcha e de equilíbrio, uso de dispositivo de auxílio à marcha, déficit visual, comprometimento das atividades da vida diária, depressão, declínio cognitivo e idade igual ou superior a 80 anos.

Em relação à dor crônica, uma das causas relevantes nessa fase do ciclo da vida, 222 (63,79%) idosos relataram ser acometido por esse quinto sinal vital. Para Celich & Galon (2009), a dor, quando presente na vida do idoso, instiga, consome, enfraquece a vida, confrontando com sua fragilidade e ameaçando sua segurança, autonomia e independência, impedindo, muitas vezes, sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitando sua capacidade de interação e convívio social. Essas situações diminuem consideravelmente sua qualidade de vida. Em idosos, a dor crônica é um sério problema de saúde pública, necessitando de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, para que possa ser diagnosticada, mensurada, avaliada e tratada pelos profissionais de saúde, por meio de intervenções que possam minimizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

No item *“Identificação do Idoso Vulnerável”*, 236 (67,81%) idosos apresentaram pontuação maior ou igual a três pontos, corroborando com os estudos de Cabral *et al.* (2019) quando a prevalência de vulnerabilidade observada em seus estudos foi elevada, correspondendo a 49%, atingindo quase a metade da população avaliada. Em outro estudo realizado em João Pessoa, estado da Paraíba, com população semelhante à do presente estudo, que também utilizou o instrumento VES-13, foi percebido a prevalência de vulnerabilidade pouco maior (52,2%).

Dos idosos avaliados, no nosso estudo, 251 (72,12%) foram vacinados com a vacina da Influenza. Os autores Francisco, Barros & Cordeiro (2011) referem em seus estudos que apesar dos benefícios da vacinação contra influenza em idosos terem sido evidenciados em pesquisas, a adesão a esta prática preventiva tem se mostrado baixa em muitos países. No Brasil, embora a disponibilização da vacina seja gratuita pelo Ministério da Saúde desde 1999, não tem atingido a cobertura adequada de 80% em vários municípios. Os idosos que participaram do estudo disseram os motivos da não-adesão à vacina,

destacam-se: não considerar a vacina necessária (46,5%), crença de que a vacina provoca reação (36,7%), falta de orientação (3,6%), dificuldade de acesso (2,2%). Ainda outros motivos citados incluíram: orientação do cardiologista a não tomar a vacina entre indivíduos com angina ou que passaram por cirurgia cardíaca (cateterismo, ponte de safena e mamária), rinite alérgica, alergia a medicamentos e tuberculose, e, por fim, alguns alegaram o esquecimento.

No tocante à vacinação contra a Covid-19, 307 (88,21%) dos idosos foram vacinados, corroborando com os estudos pesquisadores do Observatório Covid-19 BR, fizeram uma análise estatística apurada para dimensionar o papel da vacinação em massa contra a Covid-19 e, estimaram que as vacinas contra a doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 salvaram de 54 mil a 63 mil vidas de idosos com 60 anos ou mais de janeiro a agosto de 2021. Desse modo, estima-se que a vacina evitou as internações de 158 mil a 178 mil idosos nos hospitais brasileiros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Avaliação Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento de grande importância para a promoção da saúde, possibilita a identificação dos problemas de ordem clínica considerando o histórico saúde-doença e o exame clínico. Possibilita um ganho nas atividades funcionais de vida diária, avaliando vulnerabilidade física, mobilidade e os sistemas sensoriais. A avaliação gera subsídios para encaminhamentos dos aspectos psicossociais, recursos econômicos e sociais. A avaliação também colabora na compreensão do processo de adoecimento e envelhecimento, auxiliando no planejamento das intervenções necessárias de acordo com os resultados encontrados nas avaliações. As ações podem orientar a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos idosos, melhorando a sua qualidade de vida. Portanto, destacamos a necessidade de educação permanente aos profissionais de saúde para um cuidado interprofissional, envolvendo a equipe reflexão da prática profissional em relação ao cuidado ao idoso. Por fim, a metodologia se constitui numa estratégia que potencializa a qualidade e o cuidado integral dessa população.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga *et al.* (2009). Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. Esc. Enfermagem USP**.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa> Acesso em 15 mai 2023.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). **Projeto Atenção à Saúde da Pessoa Idosa**.
- Cabral *et al.* (2019). Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n9/3227-3236/#>> Acesso em 19 mai 23.
- Celich, K. L. S., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.
- Duarte *et al.* (2018). Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidade. **Rev Bras. Epidem.**
- Francisco, P. M. S. B., Barros, M. B. de A., & Cordeiro, M. R. D. (2011). Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, 27(3), 417–426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300003>
- Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Pessoa Idosa. Boas Práticas. **Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB) na Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**. 2020/2021. Disponível em: < <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/implanta%C3%A7%C3%A3o-da-avalia%C3%A7%C3%A3o-multidimensional-da-pessoa-idosa-ampi-ab-na-aten%C3%A7%C3%A3o-b-%C3%A1sica-na>> Acesso em: 28 dez 2023.
- Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Pessoa Idosa. Boas Práticas. **Aplicação da Avaliação Multidimensional como facilitadora do processo de saúde interdisciplinar**. 2020/2021. Disponível em: < <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/aplicacao-da-avaliacao-multidimensional-como-facilitadora-do-processo-de-trabalho-interdisciplinar>> Acesso em: 19 mai 2023.
- IBGE. Séries Históricas e Estatísticas. Famílias e Domicílios. **Pessoas de referência da família, por grupos de idade**. 2001 a 2015. Disponível em: <https://seriestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=6&op=0&vcodigo=FED311&t=pessoasreferencia-familia-grupos-idade>. Acesso em: 14 junho 2021.

- Moraes, E. N. (2016). **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 5. Ed. Belo Horizonte: Folium.
- Negrini *et al.* (2018). Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.
- Pagottol *et al.* (2018). Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**.
- Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**. 36(6): 709-16.
- Schiaveto, F. V. (2008). **Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Comunidade**. 117 f. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

# Propósito de vida em idosos do estudo da Saúde na Atenção Primária da População Amazônica (SAPPA) – no período da Covid-19



**Iasmin Machado Soares**  
**Johrdy Amilton da Costa Braga**  
**Yandra Alves Preste**  
**Elisa Brosina de Leon**  
**Anna Quialheiro**  
**Hércules Lázaro Morais Campos**



## INTRODUÇÃO

**O** envelhecimento é um processo comum e natural do desenvolvimento humano, apresenta perdas e leva a uma diminuição gradual da funcionalidade do organismo, podendo ou não desenvolver uma condição patológica (Andrade, 2011; Simeão, Martins, Gatti *et al.*, 2018). A população idosa possui um crescimento anual de aproximadamente 3% e espera-se que no ano de 2050 essa população seja composta por 2,1 bilhões de indivíduos (Silva Sousa, Lima, Cesar & Azevedo, 2018).

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa no estado do Amazonas teve um aumento de 3,5% na última década, totalizando 8,8% da população, isso representa, em números absolutos, aproximadamente 347 mil idosos (Duarte, Lopes & Campos, 2020). Em 2060, estima-se que o percentual de pessoas com mais de 65 anos alcançará 25,5%, ou seja, 1 em cada 4 brasileiros será

idoso (Diniz Alves, Witcher, Gonçalves *et al.*, 2018). Ao se analisar o momento atual, os dados apontam que o quantitativo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos gire em torno de 962 milhões, o que representa 13% da população mundial (Silva Sousa, Lima, Cesar & Azevedo, 2018).

O propósito de vida é um dos aspectos mais importantes no processo do envelhecimento é basicamente a definição de bem-estar, promovendo senso de que a vida tem sentido, direção e intencionalidade, ele desempenha papel orientador em relação a metas de vida e a tomada de decisões no que diz respeito ao uso de recursos pessoais (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

A saúde emocional do idoso também está diretamente relacionada a uma velhice bem-sucedida em consenso com o bem-estar psicológico que se enquadra na principal atribuição do propósito de vida. Entende-se que os sentimentos da sua existência trazem sentido e direção, metas e planos alcançáveis, a curto, médio e longo prazo. Uma sensibilidade da vida do indivíduo com sua evolução pessoal, satisfações, conquistas, autoconfiança, amor-próprio, motivo para viver, e realizar as suas atividades de vida diária (Duarte, Lopes & Campos, 2020).

Para Melo Melo, Eulálio, Silva, Silva Filho & Gonzaga (2013), o sentido da vida se caracteriza como um fator capaz de engrandecer e melhorar o enfrentamento de situações difíceis e de potencializar os níveis de saúde e sua qualidade de vida. Outro fator importante é que ninguém encontra o sentido de vida por outra pessoa, sendo um processo individual e pessoal, porém outro indivíduo pode facilitar e orientar o autodescobrimento até no último momento de vida do idoso.

Adultos e idosos com forte senso de propósito têm metas de vida e senso de direção, sentem que sua vida passada e a atual são significativas, têm crenças que dão sentido à sua vida e têm desejos e objetivos pelos quais vale a pena viver e lutar diariamente (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

A pandemia causada pela Covid-19 trouxe mudanças extremas no cotidiano das pessoas. A adoção do isolamento social como medida para conter a doença levou a alterações em diversos aspectos da vida dos seres humanos, incluindo as relações interpessoais (Dias *et al.*, 2020). Os idosos foram um dos públicos mais atingidos por todas essas mudanças, o que pode trazer prejuízos à saúde mental dessas pessoas e impactar em seu propósito de vida (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020; Hammerschmidt, Bonatelli & Carvalho, 2020; Oliveira *et al.*, 2021).

O Estudo da Saúde na Atenção Primária da População Amazônica (SA-PPA) foi concebido para descrever a realidade das ofertas de cuidado da

Diabetes Mellitus 2 nos municípios do interior do Amazonas, sendo elaborado na capital do estado a cidade de Manaus, através da aplicação de um questionário sobre saúde, hábitos e religiosidade, sendo possível avaliar os problemas e potencialidades da qualidade de atenção primária em saúde ofertada aos pacientes crônicos, e consequentemente reflexos sobre o ato de cuidar (Leon, Campos, Brito & Almeida, 2022).

O objetivo deste estudo foi analisar a presença de propósito de vida em idosos avaliados no Estudo de Saúde na Atenção Básica da População Amazônica (SAPPA) e verificar a associação do propósito de vida com dados sociodemográficos.



## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado na graduação do curso de bacharelado em fisioterapia como trabalho final de conclusão de curso, baseado em dados primários adquiridos por meio de um conjunto de questionários aplicados aos idosos assistidos pelas 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo urbanas e rurais no município de Coari. Foram considerados idosos indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos, de acordo com a classificação da OMS para idoso (Kalache & Gatti, 2003).

O município possui 70.616 habitantes com território de 57.970,768km<sup>2</sup>, apresentando uma população miscigenada entre indígenas, europeus e negros, formando a população da região. O município não possui uma rodovia de conexão, alcançada apenas por transporte fluvial com aproximadamente quinze horas de duração saindo de embarcação do lago de Coari, seguindo pelo rio Solimões e chegando ao rio negro no porto de Manaus. O transporte aéreo tem a duração em torno de uma hora e trinta minutos, uma distância de 363 Km da capital Manaus/AM, saindo do Aeroporto de Porto Urucu e partindo com destino ao Aeroporto Internacional Eduardo Gomes localizado na capital.

A amostra foi definida de forma aleatória em que as 4 UBS com maior área territorial foram escolhidas sendo todas urbanas, após uma consulta no cadastro nas Unidade Básica de Saúde Manoel Carlito dos Santos – localizada no bairro Espírito Santo, na UBS Leny Passos Ramos – bairro Itamaraty, na UBS Dona Luíza Tenório – bairro Santa Helena, e a UBS Henrique Octavio Poll – bairro Duque de Caxias, para verificar o número de idosos com diagnóstico de diabetes mellitus e seus devidos endereços. Com o auxílio das ACS de cada unidade básica de saúde realizou a busca para o reconhecimento do território, e visitou-se as residências selecionadas a fim de realizar a pesquisa onde foram abordados e lançado os convites para participação da pesquisa.

Os critérios de exclusão desse estudo foram os usuários que não aceitaram participar da pesquisa durante a visita ao domicílio, ou idosos que apresentassem algum tipo de deficiência visual, auditiva e/ou física que incapacitasse a participação na avaliação.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 30 de setembro de 2021 e 8 de fevereiro de 2022, totalizando 21 semanas. Utilizou-se um conjunto de questionários, semiestruturado, composto por: dados sociodemográficos para caracterização o perfil dos idosos participantes e o questionário de propósito de vida.

Os aspectos sociodemográficos forma analisados pelas seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), idade (em categoria de 60-69, 70-79, 80-89), escolaridade (classificação de acordo com Ministério de Educação do Brasil), anos de escolaridade (classificação de acordo com Ministério de Educação do Brasil), aposentadoria (sim ou não), situação (não trabalha ou trabalha), renda mensal (menos de um salário-mínimo, um salário, dois ou três salários, quatro ou seis salários).

O questionário de propósito de vida é composto por 10 perguntas que se baseiam na síntese de *“presença de sentido”* e *“busca de sentido”*, sobre elementos essenciais na vida e que trazem importância de modo que são pessoais e necessitam da resposta mais sincera e compatível com a realidade do indivíduo, sendo que não existe resposta certa ou errada. De acordo com a escala deve-se escolher uma das seis opções que são: concordo totalmente, concordo, concordo parcialmente, discordo parcialmente, discordo, discordo totalmente.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas usando o software Microsoft Excel e para análise estatística, os dados foram exportados para o software IBM/Stata MP, versão 14.0.

Para caracterização sociodemográfica foi realizada análise descritiva com uso de frequência absoluta e relativa. Para análise de associação entre o escore de propósito de vida e as características sociodemográficas, foi utilizado regressão linear.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, atendendo às exigências envolvendo seres humanos e aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM e a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Coari para autorização, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012. Foi aprovada em 26 de setembro de 2021, CAAE: 25300719.4.0000.5020.

Por serem o público mais atingindo com as mudanças decorrentes do isolamento social durante todo o período da pandemia causada pelo Covid-19, os idosos foram escolhidos para embasamento do estudo de presença de propósito de vida, em que o mesmo foi coletado durante este período em que havia uma baixa no número de contágios no município, seguindo também todos os protocolos de biossegurança e respeitando o espaço limite de 1,5 metros de distância entre cada indivíduo.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 59 idosos avaliados em diferentes áreas da zona urbana da cidade de Coari/AM. A maioria dos idosos eram do sexo feminino, 46,6% tinham idade entre 60 e 69 anos, 48,3% eram casados ou viviam em união estável. A maioria dos idosos eram alfabetizados (63,8%), aposentados (62,1%). Mais de 70% dos idosos não trabalham e 44,7% recebiam menos de um salário-mínimo (Tabela 1).

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos dos idosos participantes do estudo SAPPa realizado em Coari, interior do Amazonas, 2021- 2022.

VARIÁVEL	%	N
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	32,2%	19
FEMININO	67,8%	40
<b>IDADE*</b>		
60 A 69 ANOS	46,6%	27
70 A 79 ANOS	39,6%	23
80 A 89 ANOS	13,8%	8
<b>ESTADO CIVIL*</b>		
CASADO/UNIÃO	48,3%	28
DIVORCIADO	10,3%	6
SOLTEIRO	13,8%	8
VIÚVO	27,6%	16
<b>ESCOLARIDADE*</b>		
ANALFABETO	36,2%	21
ALFABETIZADO	63,8%	37
<b>ANOS DE ESCOLARIDADE*</b>		
NÃO RESPONDEU	36,2%	21
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	43,1%	25
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	6,9%	4
ENSINO MÉDIO COMPLETO	6,6%	5

ENSINO SUPERIOR COMPLETO	5,2%	3
<b>APOSENTADORIA*</b>		
NÃO	37,9%	22
SIM	62,1%	36
<b>SITUAÇÃO*</b>		
NÃO TRABALHA	74,1%	43
TRABALHA	25,9%	15
<b>RENDA MENSAL*</b>		
MENOS DE UM SALÁRIO	44,7%	34
UM SALÁRIO	19,7%	15
DOIS OU TRÊS SALÁRIOS	9,2%	7
QUATRO OU SEIS SALÁRIOS	2,6%	2

**Fonte:** Variável com 58 idosos respondentes de uma amostra máxima de 59 idosos.

Em relação à descrição da presença de propósito de vida, os idosos apresentaram uma pontuação alta nas respostas correspondentes ao contexto positivo referente ao propósito de vida (Tabela 2).

Contudo, nas demais questões que descrevem um contexto negativo, ou seja, baixo propósito de vida, os idosos demonstraram uma pontuação negativa (Tabela 2).

**Tabela 2.** Descrição do propósito de vida em idosos do interior do Amazonas: estudo SAPPA (n=59).

PERGUNTAS	RESPOSTAS	%	N
1. Eu me sinto bem quando penso nas coisas que fiz no passado e nas que espero fazer no futuro?	Concordo	62,1%	36
	Concordo totalmente	15,5%	9
2. Eu vivo a vida um dia de cada vez e realmente não penso sobre o futuro?	Discordo parcialmente	29,3%	17
	Discordo	31,0%	18
3. Eu prefiro focar no presente, por que o futuro quase sempre me traz problemas?	Concordo	36,2%	21
	Concordo parcialmente	22,4%	13
4. Eu tenho um senso de direção e propósito de vida?	Concordo	67,2%	39
	Concordo totalmente	15,5%	9
5. Minhas atividades diárias com frequências me parecem banais e sem importância?	Discordo	17,2%	10
	Concordo	44,8%	26
6. Eu costumava estabelecer metas para min, mas agora isso me parece uma perda de tempo?	Discordo	8	8
	Concordo	34,5%	20
7. Eu gosto de fazer plano para o futuro e trabalhar para torná-los realidade?	Discordo parcialmente	15,5%	09
	Concordo	51,7%	30

8. Eu sou uma pessoa ativa na execução dos planos que eu estabeleci para mim mesmo?	Discordo parcialmente	13,8%	8
	Concordo	13,8%	8
	Concordo	48,3%	28
	Concordo parcialmente	13,8%	8
9. Algumas pessoas vagam sem objetivo pela vida, mas eu não sou uma delas?	Discordo	15,5%	9
	Concordo	50,0%	29
10. À vezes eu me sinto como se já tivesse feito tudo na vida?	Discordo	31,0%	18
	Concordo	29,3%	17

**Fonte:** Variável com 58 idosos respondentes de uma amostra máxima de 59 idosos.

Ao analisar a associação do propósito de com os dados sociodemográficos, não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres, faixa etária, tempo de estudo e renda.

Na relação da presença de propósito de vida dos idosos avaliados apresentaram uma pontuação positiva, porém está abaixo da média esperada de 5 pontos, as mulheres demonstraram pontuar mais que os homens desde estudo (Tabela 3).

**Tabela 3:** Dados da presença de propósito de vida em idosos participantes do estudo SAPPA em Coari, interior do Amazonas, 2021- 2022 (n=59).

PROPOSITO DE VIDA	N	MÉDIA	IC 95%	P
Sexo masculino	19	2,5	2,4 ± 3,5	0,1079
Sexo feminino	40	3,3	3,1 ± 3,6	0,1079

**Fonte:** \*IC.: Intervalo de Confiança.

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que os idosos entrevistados apresentam propósito de vida. Independente de possuir ou não renda familiar em nível estável. Resultados similares de que não há associação do propósito de vida com a renda familiar podem ser encontrados em outros estudos, de acordo com Joia, Ruiz & Donalísio (2007, p. 137), “o grau de satisfação com a vida durante a velhice, está relacionada com a sensação de conforto e bem-estar, independente de indicadores de renda ou de estrato social”.

Em contra partida sabe-se que para um idoso, uma boa condição de saúde é importante, com isto a falta de renda familiar reflete diretamente, além de interferir na autonomia do idoso em realizar o que gostaria em seu cotidiano, alterando sua realização pessoal, modifica também a assistência

de qualidade à saúde levando a sofrer dificuldades (Prestes, Silva, Oliveira, Pereira & Campos, 2021).

Neste estudo pode-se observar que o sexo não modifica a presença de propósito de vida dos entrevistados na relação homem e mulher. Assim como Kim, Shin, Scicolone & Parmelee, (2019), onde se observou que a relação sexo e propósito de vida em ser mulher não possuía associação significativa em seus resultados demonstrando não ter interferência na presença de propósito de vida.

Na relação idade e propósito de vida dos entrevistados, pode-se observar nos resultados que não possui modificação significativa sendo indiferente na presença ou não. Contudo Kim, Shin, Scicolone & Parmelee (2019) descrevem o efeito protetor do propósito de vida sobre a idade na relação função cognitiva em que pode ser explicada devido a teoria da seletividade socioemocional levando ao um aumento na relação de motivação e busca de significado na vida com trajetórias mais lentas no declínio cognitivo entre os que possuem propósito de vida.

Do mesmo modo é identificado no estudo de Melo, Eulálio, Silva, Silva Filho & Gonzaga (2013) que os indivíduos com 65 anos ou mais, possuem maior capacidade para se adaptar a existência, com mais sentido e propósito de vida do que os adultos e pessoas mais jovens, demonstrando que a maior idade não tem relação com o declínio de propósito de vida.

Contudo Duarte, Lopes & Campos (2020) identificam que o idoso com idade menor que 80 anos, apresentam maior disposição física e mental, que influencia no sentido e direcionamento de vida, desse modo conseguem realizar suas metas, em contrapartida idosos na fase mais avançada por apresentarem um estado geralmente mais frágil, não criam tantos planos e metas pois analisam ser desnecessário.

O tempo de estudo não possui relação com a presença de propósito de vida nos entrevistados, um resultado semelhante é descrito por Kim, Shin, Scicolone & Parmelee (2019) que identificaram um maior propósito de vida em indivíduos com menos tempo de ensino médio, desse modo não havendo relação de interferência.

No entanto na relação de saber ler e escrever nos entrevistados, demonstraram uma alta nos valores de alfabetizados. Duarte, Lopes & Campos (2020) observaram um resultado oposto em seu estudo, onde indivíduos com 65 anos ou mais ativos, compostos na sua maioria por mulheres demonstraram uma baixa escolaridade e predomínio de analfabetismo contudo no propósito de vida o resultado encontrado foi acima da média esperada, com pontuações

altas para o *“bem-estar psicológico, autoestima, direção e sentido de vida, metas e objetivos, crescimento pessoal motivação para viver, possuindo um visão positiva da vida e percepção de felicidade”*, demonstrando que não possui interferência na relação presença de propósito de vida.

Conforme identificado por Kim, Shin, Scicolone & Parmelee (2019), em seu estudo, sugere-se que o propósito de vida é um fator de proteção para o bom funcionamento cognitivo como por exemplo, um maior propósito na vida reduz o risco da doença de Alzheimer facilidade sendo observado em idosos acompanhados durante 7 anos em residências na comunidade.

Do mesmo modo, Ribeiro, Yassuda & Neri (2020) observaram que *“em indivíduos com alto propósito de vida e bons níveis de cognição global costumam envolver-se com mais frequência em atividades, em alocar seu tempo, energia e recursos para atingir suas metas e costumam investir mais na própria saúde, no qual revertem em benefícios á cognição”*.

Acredita-se que altos níveis de propósito de vida, contribuem para o funcionamento de múltiplos sistemas biológicos, protegendo- os dos efeitos deletérios de doenças e outras condições adversar desenvolvidas, afetando integralmente a saúde do idoso (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

O propósito de vida contribui em promover um estilo de vida saudável, pode também estar implicando diretamente, em funções neuroendócrinas como, os níveis de cortisol salivar, epinefrina e norepinefrina em que, se relacionam com o bem-estar subjetivo. Outro fator de contribuição, é de relacionar-se com outros vários construtores psicológicos, entre eles o senso de coerência, senso de controle, resiliência e otimismo, desse modo torna-se um componente indispensável do bem-estar psicológico por promover um envelhecimento saudável para o homem (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

Para Kim, Shin, Scicolone & Parmelee (2019) um maior propósito de vida implica em melhores resultados em aspectos relacionados a saúde, o que influencia na redução da mortalidade por todas as causas e problemas cardiovasculares devido a redução do risco de acidentes vasculares cerebral, com a diminuição da incidência de distúrbios de sono, de prejuízo em atividades de vida diária e mobilidade levando ao aumento da longevidade e manutenção do funcionamento físico gera do idoso. Assim como, para Ribeiro, Yassuda & Neri (2020) o propósito de vida possui uma atuação como fator de proteção em relação a mortalidade por, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Além disso, atua como fator de proteção em alterações cognitivas, limitações funcionais, imobilidade, em hospitalizações e outros desfechos de fatores negativos em relação a saúde do idoso (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

O propósito pode ser modificado através de programas de desenvolvimento como atividades significativas de lazer, encontros educacionais e filantrópicos, sociais, culturais ou familiares, toda forma de socialização tem um fator de contribuição, podendo se apresentar com pequenos gestos e mudanças comportamentais, interagindo com o senso de intencionalidade, utilidade e relevância (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

Para um aumento da longevidade é preciso intervenções direcionadas ao desenvolvimento do propósito de vida fortalecendo as reservas neurológicas e cognitivas, o senso de controle, o senso de competência e o comportamento em relação ao cumprimento de metas, de forma interativa levando a declínio de futuros problemas e atuando de forma protetora (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).

O propósito de vida tem se destacado como um grande aliado para atenuar e postergar problemas relacionados a longevidade saudável, tornando-se um fator significativo da saúde física e mental nos idosos, potencializando intervenções inovadoras (Ribeiro, Yassuda & Neri, 2020).



## CONCLUSÃO

Os idosos desse estudo apresentam a presença de propósito de vida baixa, e fatores como sexo, idade, tempo de estudo e renda familiar não estão associados ao propósito de vida.

É importante ressaltar que se trata de um estudo transversal com uma amostra aleatória de 59 idosos aninhados no estudo SAPP. Assim, sugere-se a realização de outros estudos com maior número de idosos ou até verificar se há diferença em relação ao propósito de vida comparado a cidade de Coari com outras cidades do interior do Amazonas.



## REFERÊNCIAS

- Andrade, L.P. (2011). **Funções cognitivas frontais e controle postural na doença de Alzheimer: efeitos do programa de intervenção motora com tarefa dupla**. Aleph. 89 f. : il., tabs.
- Diniz Alves J., Witcher, B. J., Gonçalves Macena, W. Biomedicina, G., Pires, M. A. P. M. P., Matos, W. R. *et al.* (2018). Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU. **Rev Longevidad**.15(3):5-9.
- Dias, J.A.A, Dias, M. F. S. L., Oliveira, Z. M., Freitas, L. M. A., Santos, N.C.N., &

- Freitas, M.C.A. (2020). Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Rev Enferm do Centro-Oeste Min.** 10.
- Duarte, T.C.F., Lopes, H. S., & Campos, H.L.M. (2020). Physical activity, life purpose of community active elderly people: A cross-section study. **Rev Pesqui em Fisioter.** 10(4):591–8.
- Joa, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R.. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista De Saúde Pública**, 41(1), 131–138. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>
- Hammerschmidt, K.S. A., Bonatelli, L.C.S., & Carvalho, A.A. (2020). Caminho Da Esperança Nas Relações Envolvendo Os Idosos: Olhar Da Complexidade Sobre Pandemia Da Covid-19. **Texto & Context - Enferm** [Internet]. 29:1–11.
- Kalache, A., & Gatti, A. (2003). Active ageing: a policy framework. **Adv Gerontol.** 11:7–18.
- Kim, G., Shin, S.H., Scicolone, M.A., & Parmelee, P. (2019). Purpose in Life Protects Against Cognitive Decline Among Older Adults. **Am J Geriatr Psychiatry** [Internet]. 27(6):593–601. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.01.010>
- Leon, E. B., Campos, H. L. M., Brito, F. A., Almeida, F.A. (2022). Study of Health in Primary Care of the Amazonas Population: Protocol for an Observational Study on Diabetes Management in Brazil. **JMIR Res Protoc.** 11(9):1–13.
- Melo, R.L.P., Eulálio, M. C., Silva, H.D.M., Silva Filho, J.M., & Gonzaga, P. S. (2013). Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev Bras Geriatr e Gerontol.** 16(2):239–50.
- Oliveira, V.V., Oliveira, L. V., Rocha, M.R., Leite, I.A., Lisboa, R.S., & Andrade, K.C.L. (2021). Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19 Impacts of social isolation on the mental health of the elderly during the pandemic by Covid-19. **Brazilian J Heal Rev.** 3718–27.
- Prestes, Y.A., Silva, E.S., Oliveira, H.G.A., Pereira, M. S., & Campos, H.L. M. (2021). Propósito de vida, dor e cognição de idosos domiciliados de uma cidade do interior do Amazonas. **Fisioter Bras.** 22(2):168–79.

- Ribeiro, C.C., Yassuda, M. S., & Neri, A.L. (2020). Purpose in life in adulthood and older adulthood: Integrative review. **Cienc e Saude Coletiva**. 25(6):2127–42.
- Silva Sousa, N.F.; Lima, M.G.; Cesar, C.L.G. & Azevedo Barros, M.B. (2018). Active aging: Prevalence and gender and age differences in a population-based study. **Cad Saude Publica**. 34(11):1–16.
- Simeão, S.F. A.P., Martins, G.A. L., Gatti, M.A.N., Conti, M.H.S., Vitta, A., & Marta, S.N. (2018). Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day center. **Cienc e Saude Coletiva**. 23(11):3923–34.

# Avaliação de indicadores de qualidade laboratorial no enfrentamento do sarampo no Amapá, Brasil



**Dúliana dos Santos Mendes**  
**Aline Aparecida Ferreira Artini**  
**José Joaquin Carvajal Cortés**



Estado do Amapá (Figura 1) está localizado no norte oriental do Brasil e faz fronteira com Guiana Francesa, Suriname e com o Estado do Pará, tendo uma área territorial de 142.828 km<sup>2</sup>, é o estado brasileiro com maior percentual de áreas de florestas preservadas, a população no ano de 2022 segundo o censo do IBGE é de 733.508 habitantes sendo que Macapá, a capital, concentra 59,48% da população estadual, o estado é constituído por 16 municípios e 34 distritos (IBGE, 2023; Coelho *et al.*, 2018).

**Figura 01:** Mapa de localização do estado do Amapá.



Fonte: Google, 2023.

O Amapá passou 22 anos sem registrar casos confirmados de sarampo, porém, entre os anos de 2007 e 2019 começaram a surgir as primeiras notificações, sendo notificados pelo SINAN – AP 1.095 casos suspeitos de doenças exantemáticas, sendo 46 de sarampo e 987 de rubéola, além de 42 casos suspeitos de Síndrome de Rubéola Congênita, desse total, em 2008, apenas, houve confirmação para a rubéola. O último caso confirmado no estado havia sido em 1997, por meio de critério clínico (Amapá, 2021a; Coelho *et al.*, 2018).

O sarampo é um agravo de notificação compulsória se apresenta como uma doença aguda, exantemática, febril, contagiosa e extremamente letal, principalmente em crianças menores de cinco anos, pessoas subnutridas ou imuno-deprimidas, é um problema de saúde pública, pois a transmissão ocorre por meio de secreções nasofaríngeas eliminadas ao tossir, espirrar, falar ou respirar em ambientes com indivíduos suscetíveis, e pela dispersão de aerossóis em ambientes fechados. É causada por vírus (MEV) da família Paramyxoviridae do gênero Morbillivirus, tem oito classes (A-H), que podem ser subdivididas em 24 genótipos, a distribuição de cada genótipo é contínua e geograficamente modelada (Xavier *et al.*, 2019; Brasil, 2021b; Makarenko, 2022).

Os sintomas nos indivíduos que apresentam a doenças são febre alta acima de 38,5°C, exantema maculopapular mobiliforme com direção cefalocaudal, acompanhados por um ou mais dos sintomas: tosse seca, conjuntivite, coriza, independentemente da idade e/ou situação vacinal, e as manchas de Koplik caracterizadas por pequenos pontos brancos amarelados na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, quando ocorre antecede o exantema. O diagnóstico de sarampo se dá considerando as seguintes condições: manifestações clínicas, dados epidemiológicos e resultados de testes laboratoriais (Silva, 2018; Brasil, 2021b; Sinan, 2022).

Em 2016 o vírus do sarampo foi considerado eliminado da região das Américas, porém, no ano de 2018, o Brasil teve a reintrodução do vírus, com surtos em 11 Estados, entre eles o Amapá, sendo os últimos casos confirmados em 2022 (Mariz, 2019; Brasil 2022a).

O reaparecimento do sarampo no Brasil a partir do ano de 2018 levou a perda da certificação de eliminação da doença concedido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, por ser uma emergência de saúde pública, possui caráter mundial com forte impacto de aspectos socioeconômicos na transmissão e incidência da doença (Souza & Pereira, 2020; Pereira *et al.*, 2018).

Entre 2018 e 2019 houve um expressivo reaparecimento do sarampo em todo o mundo, de tal forma que o diretor da OMS declarou emergência de saúde pública por sarampo em abril de 2019 devido ao aumento de 300% dos

casos em relação ao mesmo período no ano de 2018, sendo no Brasil relatados surtos de sarampo em 9 estados, o ressurgimento do sarampo em 2019 deixou evidente a necessidade da continuidade das conquistas alcançadas ao longo dos anos, uma vez que é imprescindível que haja esforços em cada país para implementar e manter as estratégias de eliminação e alcançar a sustentabilidade dessas metas em nível regional e global (Brasil, 2019; Opas, 2021).

A ocorrência de sarampo está relacionada a falhas de imunização, colocando em evidência as vulnerabilidades dos serviços de saúde, tais fatores têm sido amplamente discutidos na literatura, como por exemplo, as dificuldades no acesso a serviços de saúde, que além das falhas de imunização, corroboram na dificuldade de diagnóstico precoce de doenças, agravando-se ainda mais quando se fala na Região Norte, como no caso do Amapá onde existem diversas áreas ribeirinhas e remotas, com um sistema de saúde concentrado na capital. Outro fato a ser considerado é o movimento de migração de populações fronteiriças ao Brasil com países que também apresentam baixa cobertura vacinal, o Amapá, além de fronteira internacional, absorve demandas do Pará devido à proximidade geográfica, o avanço nos meios de comunicação e as deficiências nos mecanismos de verificação e de políticas do uso das informações, propiciaram os movimentos antivacinas, com divulgação de informações falsas relacionadas principalmente a eventos adversos graves relacionados às vacinas, que influenciam cada vez mais pessoas a não vacinarem seus filhos e, por consequência, a não se vacinarem, ocasionando o aumento de indivíduos suscetíveis e colaborando para o reaparecimento de doenças outrora eliminadas (Makarenko, 2022; Medeiros, 2020; Charlson, 2020).

Somados a isso, acrescenta-se as recentes emergências de saúde pública ressurgimento de sarampo e Covid-19, que colaboraram com a circulação endêmica do MEV em algumas regiões, que funcionam como fonte de exportação para outras, sobretudo através de viagens internacionais. No contexto da globalização, o risco de epidemias de sarampo é permanente, mesmo nos locais onde a doença é considerada controlada, como foi o caso do Brasil.

Entre os anos 2007 e 2019, foram notificados 1.095 casos suspeitos de doenças exantemáticas, dos quais, 46 foram suspeitos para o sarampo, no ano de 2019 foram confirmados 02 casos, ressaltando que anterior a esses episódios, o último caso confirmado no estado havia sido em 1997, pelo critério clínico (Amapá, 2021; Coelho *et al.*, 2018).

Com o reaparecimento de casos confirmados de sarampo no Amapá em 2019 e com a pandemia de Covid-19 a partir de 2020, evidenciou-se a necessidade de melhoria dos serviços de vigilância laboratorial frente à (re)emergência de doenças em todo o país. Levando em conta a relevância do sarampo no contexto da saúde pública e a necessidade de uma resposta rápida e

oportuna que subsidie a vigilância epidemiológica em planos de ação efetivo para bloqueio e contenção do surto de sarampo se torna importante avaliar a vigilância laboratorial como parte importante no encerramento do surto de sarampo no estado do Amapá.

Portanto, no intuito de dar visibilidade a vigilância laboratorial no enfrentamento de emergências de saúde pública, este manuscrito objetiva avaliar indicadores de qualidade laboratorial no enfrentamento do sarampo no estado do Amapá, com o intuito de identificar possíveis falhas no processo que possam ser corrigidas, assim como aprimorar quando relevantes atitudes ou métodos. Ainda para que se possa fornecer experiência científica, a partir da avaliação de desempenho do sistema de vigilância laboratorial do sarampo no processo de enfrentamento de sarampo e na interrupção da circulação do vírus do sarampo no estado do Amapá, de forma que o laboratório possa oferecer respostas oportunas que colaborem no processo de respostas rápidas que auxiliem à vigilância epidemiológica nas tomadas de decisões e bloqueios vacinais, assim como a identificação de genótipos e linhagens circulantes para que assim o estado consiga reduzir o número de casos autóctones e colaborar para a eliminação da circulação do vírus no país.



## A VIGILÂNCIA LABORATORIAL DO SARAMPO NO AMAPÁ

As decisões definidas para a saúde pública devem considerar prioritariamente e população, pois a disponibilidade e aplicação dos recursos e as evidências científicas que guiam o processo, aumentam a confiabilidade. Assim, a vigilância laboratorial é primordial para confirmar a etiologia de doenças e para monitorar suas tendências ao longo do tempo, providenciando informações com base científica para os dirigentes de saúde pública. A OMS indica quatro pilares para aumentar a eficiência da vigilância: treinamento em epidemiologia; melhoria na infraestrutura de comunicação; atenção especial aos serviços de atendimento em saúde, como ponto principal desta revisão, fortalecer os laboratórios, e apesar dos elevados custos necessários às melhorias laboratoriais, considera-se que esses investimentos são benéficos a médio e longo prazo (Portilho, Lima & Gasparia, 2021).

Todos os laboratórios de saúde pública devem realizar o diagnóstico laboratorial de sarampo, incluindo pesquisas de anticorpos IgM e IgG para sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, e o diagnóstico diferencial para arboviroses, parvovírus B19 e herpes vírus 6 (Penna *et al.*, 2011).

No ano de 2020, a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) em parceria com a OPAS/OMS iniciaram a execução do Plano de ação para fortalecimento da vigilância laboratorial do sarampo, apresentando

atividades propostas (Figura 7) como a higienização do banco de dados e eliminação de pendências nas solicitações de amostras no GAL, bem como a construção de informes para auxiliar as vigilâncias epidemiológicas municipais e estaduais, que proporcionaram resultados positivos com a implementação das ações propostas e a adesão dos Laboratórios Centrais (LACEN) em 100% com um excelente engajamento (Brasil, 2021a).

A identificação rápida da ocorrência do sarampo e de um novo genótipo circulante é importante para que ocorra o manejo correto dos casos, e para que os órgãos de saúde pública possam ampliar as ações de combate à doença, otimizando o uso dos insumos e mantendo a capacidade do laboratório em atender as demandas que surgirem (Brasil, 2021a; Soares, Fonseca & Rubatino, 2021).

Outra ferramenta sugerida pelo Ministério da Saúde é a Busca Ativa Laboratorial – BAL usada para o rastreamento de casos de sarampo, sempre que uma amostra for não reagente em agravos como: dengue, Zika, Chikungunya, parvovírus, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus 6, onde a equipe local realiza exame diferencial para sarampo e comunica a vigilância epidemiológica, sobre os resultados, de modo que sejam dados prosseguimentos na investigação de casos de sarampo, quando este atender a definição de suspeição. Desta forma a vigilância laboratorial têm colaborado no processo de encerramento do surto de sarampo, fornecendo respostas oportunas, promovendo informações para a vigilância epidemiológica, para tomadas de decisões e elaboração de estratégias de resolução e quando oportuno, a realização de bloqueios vacinais. Ainda no campo da vigilância laboratorial, no estado do Amapá, se tem buscado garantir que todos os casos suspeitos de sarampo, tenham coletas de urina e o swab para o exame RT-PCR para subsidiar o diagnóstico da doença, além de favorecer a identificação de genótipo viral circulante e possível linhagem, como demonstra o mapa a seguir (Amapá, 2022c)

A partir de 2019 semelhante ao ocorrido em outros estados, o Amapá passou a apresentar casos após a reintrodução da circulação viral em 2018 no Brasil, nesse ano foram confirmados 2 casos da doença, já no ano de 2020 foram 296 casos e em 2021 534 casos, já no ano de 2022, começaram a diminuir os casos da doença, levando a soma de 118 casos notificados segundo as informações disponibilizadas no SINAN, 88 (74,6%) foram descartados e 30 (25,4%) confirmados, nas SE 01 – 52/2022 (02/01/2022 a 31/12/2022).

Os diagnósticos laboratoriais de casos suspeitos de sarampo no Brasil são realizados nos LACENS através da sorologia, no estado do Amapá, o LACEN foi extinto no ano de 2017 e surgiu a Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS e dentro deste está a Diretoria Executiva de Vigilância La-

boratorial – DEVL, o Núcleo de Análises Laboratoriais de Doenças de Notificação Compulsória – NALDNC, e por fim o laboratório de virologia, onde são realizadas análises e vigilância laboratorial de agravos causados por vírus, todos os casos com resultado de detecção reagente ou inconclusivo para IgM devem ser encaminhados ao laboratório de Referência Nacional, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz.

No estado do Amapá entre os anos de 2019 e 2022 foram recebidos na DEVL 2.548 amostras de casos suspeitos de sarampo, analisadas 2429, sorologias reagentes representaram 1161, vírus detectável por PCR 217 e descartadas 119, foi possível observar o ápice de casos investigados no ano de 2021 e o declínio a partir de 2022. Os dados do SINAN mostram 592 casos confirmados nesse período, compreendendo que um resultado IgM reagente é apenas uma das etapas do diagnóstico do sarampo (Mendes, 2023), por isso o resultado oportuno e rápido é primordial para o processo de investigação epidemiológica dos casos. Assim como um resultado não reagente leva a investigação para a vertente dos exames diferenciais que pesquisam a ocorrência de outras doenças exantemáticas (Amapá, 2021f).

Em relação ao descarte de amostras, os erros pré-analíticos ou não conformidades acarretam perda de informações epidemiológicas que possuem grande importância em termos de saúde pública, geram gastos com acondicionamento, transporte das amostras e conseqüentemente no seu descarte por estarem não conformes e não processadas, e ainda assim como gastos extras, com a busca dos pacientes para que seja feita a coleta e isso nos casos passíveis de serem feitos (Souza, Coan, Anghebem, 2020).

Além disso, os exames não realizados configuram a diminuição de indicador de qualidade laboratorial, a medida corretiva para este evento é a capacitação dos atores envolvidos no processo de coleta de espécimes e cadastros no GAL. Inclusive Souza, Coan & Anghebem (2020) reforçam a necessidade de identificar na fase pré-analítica quais etapas desse processo são vulneráveis para que seja corrigido e evite as altas taxas de descarte.



## ACESSIBILIDADE PARA BLOQUEIO VACINAL EM MEIO AO TERRITÓRIO LÍQUIDO

Em meio as dificuldades de acesso em face ao ciclo das águas, que anualmente projeta enchentes, cheias, vazantes e secas, destaca -se que nesse cenário o trabalho vivo em ato se evidencia com respostas oportunas à vigilância epidemiológica, que busca garantir o acesso em lugares longínquos, como forma de pensar o trabalho vivo para a produção do cuidado (Martins *et al*, 2022).

**Figura 02:** Profissionais da saúde do Amapá utilizando ferramentas de georreferenciamento para busca ativa de casos de sarampo.



**Fonte:** Acervo do Governo de Amapá, 2021.

Entender o processo de trabalho e executá-lo em meio ao território líquido, é nessa perspectiva, compreender que este é um território vivo cuja dinâmica não se submete à representação tecnogeográfica, como pode ser visualizado na Imagem 1 e 2, onde profissionais da saúde utilizam ferramentas de georreferenciamento para o rastreamento e acompanhamento de casos, busca ativa, imunização e ações de bloqueio vacinal, o que impulsiona os trabalhadores para operar seu trabalho em alto grau de liberdade, exercendo um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva (Martins *et al.*, 2022).

Os 16 municípios do Estado do Amapá são atendidos pela DEVL, assim como municípios do estado do Pará, principalmente da Ilha do Marajó, enquanto a equipe responsável pelo diagnóstico do sarampo e da rubéola é extremamente reduzida, composta por apenas três profissionais, o protocolo adotado para diagnóstico de sarampo e rubéola é o preconizado e distribuído pela CGLAB/SIES/Ministério da Saúde, que são kits IgM /IgG para realização de Sorologia ELISA (Brasil, 2021b; Amapá, 2023).

**Figura 03:** Ação de varredura vacinal contra o sarampo em populações ribeirinhas do Amapá.



**Fonte:** Acervo do Governo de Amapá, 2021.

A vigilância Laboratorial, vem fornecendo respostas oportunas, promovendo informações para a vigilância epidemiológica, para tomadas de decisões e elaboração de estratégias de resolução e quando oportuno, a realização de bloqueios vacinais, nesse processo colaborou não apenas como realizador de exames, mas com estratégias buscando garantir que a maior quantidade dos casos suspeitos de sarampo, realizassem coletas de urina e/ou swab para o exame RT-PCR para subsidiar o diagnóstico da doença, além de favorecer a identificação de genótipo viral circulante (Amapá, 2023).

## INDICADORES DE QUALIDADE DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

O Brasil entre todos os países das Américas recebeu em 2016 da OPAS/OMS a Certificação de continente livre do vírus do sarampo, devido à robustez da descrição e dos esforços proporcionados para interromper a cadeia de transmissão da doença. Tal situação era devido à presença de um siste-

ma de vigilância epidemiológica estruturado, com a implementação do Plano de ação emergencial que objetivava consolidar o processo de implantação, monitoramento e avaliação dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo, assim como coberturas vacinais acima de 95%. Dessa forma, um novo caminho está sendo percorrido em busca da recertificação de eliminação da doença: análises oportunas e robustas dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo são primordiais para diagnosticar os pontos mais críticos a serem priorizados no país, construindo oportunidades de melhoria nas estratégias de controle e eliminação dessa doença (Rosa, 2020).

Os indicadores de qualidade do controle e prevenção das doenças exantemáticas são compactuados entre os níveis de gestão, avaliando que o alcance das metas recomendadas garante a possibilidade de promover medidas de intervenções e controle oportunas, tomada de decisão e orientação para novas ações, quando necessário. São nove os indicadores instituídos, desses, dois são indicadores laboratoriais: envio oportuno e resultado oportuno; e os demais são indicadores de vigilância epidemiológica (investigação oportuna, coleta oportuna, taxa de notificação, casos encerrados por laboratório, notificação negativa e investigação adequada); e um indicador de imunização (homogeneidade da cobertura vacinal) (Brasil, 2022b).

A CGLAB/Ministério da Saúde propôs para o enfrentamento do sarampo no Brasil, a melhoria dos indicadores de qualidade das doenças exantemáticas, sendo dois desses exclusivos para a vigilância laboratorial resultado de Envio Oportuno de amostras – EO e Resultado Oportuno para diagnóstico – RO, nessa proposta os indicadores com valores acima das metas estabelecidas, colaboram para intervenções oportunas e tomadas de decisões pela gestão, dessa forma, é crucial a avaliação contínua desses indicadores, para identificar e corrigir falhas, que favoreçam respostas laboratoriais oportunas.

A partir do ano de 2022 foi detectada uma falha no cálculo dos indicadores do estado do Amapá, devido a recomendação pela CBLAB/MS da realização de BAL – Busca Ativa Laboratorial, onde devido às semelhanças entre o quadro clínico das doenças febris exantemáticas na fase prodrômica ou inicial da doença, alguns casos suspeitos de sarampo ou rubéola podem ser detectados e notificados como casos de dengue ou outras doenças por arbovírus. Nesse sentido, deve ser assegurado que os casos em que se descartou a infecção por arbovírus (dengue, Zika e Chikungunya) sejam examinados sarampo e rubéola. Logo, os LACEN passaram a realizar, em sua rotina, a busca ativa laboratorial (BAL) de sarampo e rubéola em amostras que apresentarem resultado negativo para as três arboviroses. A BAL deve ser realizada em: municípios que estão encerrando surto, municípios em início de surtos e municípios silenciosos (Brasil, 2022c).

A inclusão de BAL em 2022 comprometeu os indicadores EO e RO, por isso, os indicadores foram recalculados após as seguintes correções: emissão do relatório do GAL no módulo administrador do tipo epidemiológico, exclusão de todos os exames que foram feitos como diferenciais, exclusão de todos os exames de BAL, exclusão dos exames liberados pela FIOCRUZ (reteste de sorologia) e correção de inconsistências do próprio GAL, (inclusão de exame para sarampo em uma requisição já existente, alterava automaticamente a data de recebimento/liberação, tais correções foram feitas no cadastro de cada paciente, sempre que detectada uma inconsistência no relatório). Para os anos anteriores foram excluídos os exames diferenciais (recomendados pelo Guia de vigilância em saúde para casos não reagentes de outras doenças exantemáticas febris), ressaltando que para os indicadores devem ser considerados apenas os casos suspeitos para sarampo em primeira e segunda amostra.

Após as correções realizadas para o cálculo dos indicadores, foi possível visualizar uma diferença, pois antes da correção, somente no ano de 2019 o EO esteve acima da meta recomendada pelo Ministério da Saúde, levando a conclusão, que a inclusão de BAL e exames diferenciais, e as divergências existentes no próprio GAL (decorrentes da falha humana), alteram a data de entrada da amostra, levando assim a diminuição errônea dos indicadores. Esses indicadores apesar de acima da meta, ainda representam a dificuldade existente para algumas unidades de saúde, principalmente as mais afastadas da capital, para conseguir encaminhar as amostras em tempo oportuno.

O indicador laboratorial de Envio Oportuno de amostras permite monitorar o tempo de envio das amostras coletadas pelos municípios para o laboratório de saúde pública no período de até 5 dias da data coleta, o ideal é que esse indicador esteja acima de 80%, observando os períodos do estudo no ano de 2019 o indicador se apresentou dentro do recomendado, a partir de 2020 onde o volume de amostras começou a aumentar, percebe-se que em abril, coincidindo com o início de casos de Covid-19 e consequentemente a alteração de fluxo dos laboratórios e serviços de saúde, e as atenções voltaram-se somente a esse agravamento, em todos os anos é possível observar a diminuição do indicador nos meses de julho, dezembro e janeiro, que são meses de períodos de férias e recessos, e novamente refletem no comprometimento das atividades desses serviços, como esse indicador considera as atividades de diversas unidades que enviam amostras, fica difícil definir todas as questões referentes a queda de metas, seria necessária uma análise individual de cada unidade e considerar as dificuldades de cada uma.

O indicador de Resultado Oportuno é utilizado como ferramenta para avaliar a agilidade da vigilância laboratorial em liberar resultados dos exames em até 04 dias corridos após o recebimento da amostra, este indicador

deve estar acima de 80%, no ano de 2019 somente em dois meses o laboratório se apresentou acima da meta recomendada, no ano de 2020 foi o ápice da pandemia, os indicadores se mostraram em grande parte abaixo da meta, no ano de 2021 ocorreu o maior número de casos de sarampo no estado, o RO apresentou bons e constantes taxas, em 2022 na maior parte dos meses os índices apresentaram-se acima da taxa recomendada, resultados oportunos colaboram para ações imediatas e tomadas de decisão importantes por parte da gestão frente ao surto, assim como as medidas epidemiológicas de controle da doença.

Quando se olha para dentro do laboratório, em 2019 somente em dois meses o indicador esteve acima da meta recomendada, no ano de 2020 coincidindo com início da pandemia e aumento de casos de sarampo, os indicadores se mostraram na maioria abaixo da meta, já no ano de 2021 ocorreu o maior número de casos suspeitos investigados de sarampo no estado, o RO apresentou bons índices, em 2022 com os casos já em queda os índices apresentaram-se acima da taxa recomendada.

No ano de 2019, foram os primeiros casos registrados no estado, para essa pesquisa, ao se avaliar as bases de dados do GAL, deparou-se com grandes períodos para liberação dos resultados (alguns chegando a mais de 100 dias), pois eles só eram liberados após a investigação da vigilância epidemiológica, o mesmo ainda ocorreu em alguns meses de 2020, considerando ainda a pandemia e o deslocamento de servidores para o diagnóstico de sars-cov-2. Em 2020 iniciou-se o plano de ação para fortalecimento da vigilância laboratorial das doenças exantemáticas, apresentando atividades propostas como a higienização do banco de dados e eliminação de pendências nas solicitações de amostras no GAL (Brasil, 2021a). Nesse plano foi incluído capacitação e acompanhamento aos laboratórios para garantir a melhoria dos indicadores.

O trabalho de Rosa (2020) discutiu sobre os indicadores de qualidade das doenças exantemáticas no Brasil, o EO foi insatisfatório nos anos analisados, o RO foi classificado como regular; e nos anos de 2016, 2017 e 2018, passou a ser classificado como insatisfatório. Estes dados reforçam as fragilidades no processo de vigilância laboratorial, demonstram as dificuldades de logística e apontam para necessidade de planejamento e formulação de estratégias para garantir que as amostras de casos suspeitos de sarampo sejam encaminhadas e tenham resultados oportunos a fim de permitir uma maior intervenção na investigação epidemiológica do caso. Ter um resultado oportuno poderá significar medidas implementadas de prevenção e controle de forma mais assertiva e direcionada diante de casos suspeitos de sarampo, principalmente em cenários de manutenção da eliminação da doença (Rosa, 2020).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para determinar o cumprimento das metas dos indicadores de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde – MS e OMS para a vigilância laboratorial, foram calculados e discutidos os indicadores de qualidade para laboratório EO esteve acima da meta de 80% durante todos os anos do estudo e RO somente a partir de 2021 esteve acima da meta, as avaliações de indicadores de vigilância laboratorial são importantes pois colaboram com o enfrentamento de surtos, sendo recomendada a realização de estudos futuros e constantes que certifiquem que esses indicadores se mantenham ao longo dos anos e que o laboratório esteja sempre preparado para eventos de emergência em saúde pública.

Apesar de bons indicadores laboratoriais é notório que o enfrentamento do sarampo requer ações integradas envolvendo comprometimento das áreas vigilância, assistência hospitalar, APS, ESF, laboratório, imunização, não só a nível estadual como também municipal, considerando que as ações de vigilância sempre foram vistas como isoladas, realizadas exclusivamente pela vigilância epidemiológica. Se faz necessário a presença de profissionais habilitados para desenvolver ações estratégicas, em especial na esfera municipal, com envolvimento da gestão, considerando sempre a definição de responsabilidades e prioridades de cada esfera, assim como o monitoramento das ações.

Concluiu-se quanto a vigilância laboratorial a identificação rápida da ocorrência do sarampo e de um novo genótipo circulante é importante para que ocorra o manejo correto dos casos, e para que os órgãos de saúde pública possam ampliar as ações de combate à doença, otimizando o uso dos insumos e mantendo a capacidade do laboratório em atender as demandas que surgirem. O monitoramento constante de indicadores laboratoriais apresenta um papel importante no enfrentamento desta doença, seguindo as preconizações do plano de fortalecimento da vigilância laboratorial, onde os resultados mostraram-se positivos e oportunos com a implementação das ações propostas, principalmente no que diz respeito a resposta laboratorial, fator primordial, inclusive para a certificação de eliminação do sarampo, considerando que o país atualmente saiu de endêmico para pendente de certificação.



## REFERÊNCIAS

Amapá. (2021a). Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria Executiva de Vigilância Laboratorial, Macapá, nº 01/2020, fevereiro. **Boletim Informativo sobre sarampo do estado do Amapá nº 01/2020**. Disponível em <https://svs.portal.ap.gov.br/devl>. Acesso em 11.08.2022.

- Amapá. (2021b). Superintendência de Vigilância em Saúde. **Diretoria Executiva de Vigilância Laboratorial, Macapá, nº 12/2021, janeiro**. Boletim Informativo sobre sarampo do estado do Amapá nº 12/2021. Disponível em <https://svs.portal.ap.gov.br/devl>. Acesso em 11.08.2022.
- Amapá. (2021c). Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria Executiva de Vigilância em Saúde, Macapá, julho. **Sarampo: Relatório de surto do estado do Amapá – ano 2020 e 2021**. Disponível em <https://svs.portal.ap.gov.br/devl>. Acesso em 11.08.2022.
- Amapá. (2021d). Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria Executiva de Vigilância em Saúde, Macapá, julho. **Boletim epidemiológico nº 04/2021**. Disponível em <https://svs.portal.ap.gov.br/devl>. Acesso em 11.08.2022.
- Amapá. (2023) Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria Executiva de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de encerramento do surto do sarampo e sustentabilidade da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita no estado do amapá 2019-2022**.
- Brasil. (2019) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 740 p: il.
- Brasil. (2021a). Ministério da Saúde. **Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 53**. Boletim Epidemiológico. Brasília: MS/SVS, v. 52, n. 3.
- Brasil. (2021b). Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 1.126 p.
- Brasil. (2022a). Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2021. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: MS/SVS, v. 53, n. 3, 2022.
- Brasil (2022b). Ministério da Saúde. **Indicadores de qualidade das doenças exantemáticas Brasil**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, 2022. Disponível em [file:///C:/Users/a/Downloads/fasciculo\\_indicadores\\_09\\_2022\\_03.pdf](file:///C:/Users/a/Downloads/fasciculo_indicadores_09_2022_03.pdf).

- Brasil. (2022c). Ministério da Saúde. **Fascículo busca ativa e retrospectiva**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-sarampo/publicacoes-tecnicas/fasciculo-busca-ativa-e-retrospectiva/view>
- Charlson, F. (2020). **Sarampo: dose zero da vacina está disponível para bebês de seis a 11 meses**. Disponível em <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/08/04/sarampo-dose-zero-da-vacina-esta-disponivel-para-bebes-de-seis-a-11-meses/>> Acesso em 16 jul. 2022.
- Coelho, J. dos S. M., Lima, L. M., Santos, L. H., Silva, M. C. S. S., Isidoro, M. S. D. N. (2018). **Análise da situação de saúde – Região de Saúde Central – AP**. Macapá: GEA/SVS. 98 p.
- Costa, M. A. P. (2021). **Governo do Amapá e OPAS atuam para conter surto de sarampo em Oiapoque**. Disponível em: [https://seed.amapa.gov.br/ler\\_noticia.php?slug=0707/governo-do-amapa-e-opas-atuam-para-conter-surto-de-sarampo-em-oiapoque](https://seed.amapa.gov.br/ler_noticia.php?slug=0707/governo-do-amapa-e-opas-atuam-para-conter-surto-de-sarampo-em-oiapoque). Acesso em 15 ago. 2022.
- Ferraciolli, G.B.; Magalhães, B.S. & Fernandes, W.L. (2020). A suscetibilidade do Sarampo na região norte do Brasil, no ano de 2014 a 2018. **Revista Extensão**. v4, n.1.
- IBGE. (2021). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Amapá**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>. Acesso em 09.05.2022.
- Makarenko, C., Pedro, A.S., Paiva, N. S., Santos, J. P. C., Medronho, R. A. & Gibson, G. (2022). Ressurgimento do sarampo no Brasil: análise da epidemia de 2019 no estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**; 56:50
- Mariz, R. (2019). **Surtos de sarampo fazem o Brasil perder certificado de país livre do vírus**. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/surtos-de-sarampofazem-brasil-perdercertificado-de-pais-livre-do-virus-23534799>> Acesso em 16 jul. 2022.
- Martins, F. M., Schweickardt, K. H. S. C., Schweickardt, J.C., Ferla, A.A., Moreira, M. A. & Medeiros, J.S. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: *“território líquido”* que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 26.

- Medeiros, E. A. S. (2020). Entendendo o ressurgimento e o controle do sarampo no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**. 33: 1-4.
- Penna, G. O., Siqueira Jr, J.B., Chechinell, M. P., Gomes, M. L. S., Pereira, G. F. M., Segatto, T. C. V., Rosa, F. M., Nicolau, R. A., Domingues, C. M. A. S., Elkhoury, A. N. S. M., Grossi, M. A. F., Sena, J. M., Junior, F. E. F. L., Melo, F. C. & Silva, M. M. (2011). Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. In: **An Bras Dermatol**. 86(5):865-77
- Portilho, A. I., Lima, G. T. & Gaspari, E. (2021). Importância da vigilância laboratorial em emergências de saúde pública: o exemplo do Instituto Adolfo Lutz no Brasil. **Revista Brasileira de Biomedicina – RBB**. v.1,n. 1,jun./dez.
- Santos Junior, D. F., Silva, L. J. W., Dias, M. F. S., Sales, B. L. D., Brito, V. H. O., Fecury, A. A. & Andrade, R. F. de. (2021). The population flow in the Franco-Amapaense border as an important factor in the reemergence of measles. **Multi-Science Journal**, v. 4, n. 1, p. 52-56.
- Silva, S.S. (2018). Sarampo na era de eliminação do Brasil: estudo de surtos recentes baseado no sequenciamento da região não codificante do genoma do vírus. 160f. **Dissertação (Mestrado)** – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em medicina tropical. Orientadora: Marilda Mendonça Agudo de Teixeira Siqueira. f 129 – 145. Rio de Janeiro.
- SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Sarampo. Disponível em <http://portalsinan.saude.gov.br/sarampo>. Acesso em 16 jul. 2022.
- Soares, R. R., Fonseca, C. G. & Rubatino, F. V. M. (2021). Sarampo: revisão sobre o recente cenário mundial da doença. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, v. 3, n. 4, p. 25-36.
- Souza, R. K. L., Coan, E. W. & Anghebem, M. I. (2020). Não conformidades na fase pré-analítica identificadas em um laboratório de saúde pública. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 56, p. 1-8.
- Xavier, A. R., Rodrigues, T. S., Santos, L. S., Lacerda, G. S., & Kanaan, S. (2019). Diagnóstico clínico, laboratorial e profilático do sarampo no Brasil. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, 55(4), 390-401.

# Políticas Públicas contra a Raiva Humana no Brasil, Colômbia e Peru



**Larissa Ribas de Lima**  
**Alessandra Ferreira Dales Nava**  
**Alexsandra Favacho**



## INTRODUÇÃO

**A** raiva é uma doença viral aguda que causa morte em poucos dias após o início dos sintomas em 99% dos casos. Pode ser transmitida para os humanos por mordeduras, arranhaduras ou lambeduras de um animal infectado (Estima *et al.*, 2022). O período de incubação da doença é variável e tem relação com o tipo de ferimento, gravidade da agressão e com o local da mordedura, quanto mais próximo do sistema nervoso do paciente, menor o período de incubação (Brasil, 2022). Os sintomas no ser humano inicialmente são inespecíficos como perda de apetite, cefaleias e febre, evoluindo para duas formas: a forma encefalítica com distúrbios de hiperexcitabilidade intercalada com lucidez e a forma paralítica, caracterizada por fraqueza inicial que começa no membro afetado até expandir a paralisia para todo o corpo, seguindo coma e morte (Conceição & Abreu, 2019).

O ciclo da raiva humana se dá de formas variadas: no ciclo rural a transmissão ocorre pelos animais de produção como bovinos, equinos, suínos e ovinos, já no ciclo silvestre terrestre a transmissão ocorre pelo contato com raposas, guaxinins e primatas, no ciclo urbano a transmissão ocorre de cães e gatos para seres humanos e no ciclo silvestre aéreo a transmissão ocorre de morcegos para humanos (Estima *et al.*, 2022). Essa doença zoonótica mata mais de 50 mil pessoas em mais de 150 países todos os anos e é considerada uma doença interligada com fatores de vulnerabilidade social e econômica (OMS, 2020; Taylor, 2023).

No início dos anos 2000 ocorreu a mudança no perfil da doença na América Latina, passando a maioria dos casos de raiva humana a ser causada por variantes silvestres do vírus, em particular do morcego *Desmodus rotundus* (De Andrade *et al.*, 2016). Esse incremento de casos ocorreu especialmente em áreas com difícil acesso aos serviços de assistência em saúde como a região amazônica no Brasil e no Peru (Duarte, 2021). Schneider *et al.*, em 2009, elucidaram fatores comuns aos casos de raiva que ocorreram no início dos anos 2000 em ambos os países: pequenos grupos populacionais foram acometidos, localizados em regiões de difícil acesso ao serviço de saúde para realizar a profilaxia, vivendo em residências precárias que eram vulneráveis aos ataques. Os acometidos não tinham conhecimento de que a doença era transmitida pela mordedura do morcego e, além disso, mudanças recentes ocorriam no perfil de processos que atingiam a vegetação como garimpo, desmatamento ou criação de animais domésticos.

As iniciativas de combate à raiva podem ser descritas como parte de uma política pública contra a doença, pois envolve ações em diversos setores da sociedade, incluindo a sanidade animal, além de ações ambientais e na saúde humana. Todo esse conjunto de ações constitui a política de combate à raiva de um país e pode ser objeto de estudo de sua formulação, implementação e dos seus resultados alcançados (Lucchese, 2004). As análises de políticas visam produzir informação para a sua formulação, defender ou refutar processos e produzir conhecimento através da organização dos dados para tomada de decisão para produzir novas políticas ou alterar as já existentes (Pereira, 2014).

Atualmente, além do conceito de prevenção e promoção da saúde, os programas e as políticas públicas também devem ser pensados e concebidos sob o conceito de saúde única, pensando sobre como abordar além da saúde humana propriamente dita, os sistemas sociais, a promoção da saúde animal e dos ecossistemas (Rock *et al.*, 2017).

A colaboração de múltiplos setores por meio de ações contribuem com a elaboração de políticas públicas voltadas para a raiva: adequação do orçamento voltado para ações relacionadas à doença, elaboração de literatura para educação sobre a doença, melhora na acessibilidade aos meios de prevenção, coordenação entre agentes de saúde humana e animal, vigilância ativa em meio silvestre e gerenciamento dessas populações de hospedeiros de forma a promover a redução da interação entre animais domésticos e silvestres. Outras ações e setores envolvidos exemplifica a possível implementação de políticas públicas com abordagem em saúde única (Acharya *et al.*, 2020)

Esse trabalho faz um levantamento do contexto das políticas públicas contra a raiva humana do Brasil, Colômbia e Peru e dos resultados alcançados desde o início de sua implementação.



## METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada inicialmente pela revisão dos casos de raiva humana ocorridos nos três países em estudo nos últimos 30 anos, considerando a disponibilidade de dados e a cronologia do início da implementação das políticas de combate à raiva humana pelos países estudados.

O levantamento de dados da série histórica foi realizado através dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, em seu site institucional, assim como os boletins e informes do Sistema Nacional de Vigilancia em Salud Publica (SIVIGILA) da Colômbia e dos boletins epidemiológicos do Ministério de la Salud (MINSA) do Peru, sendo os dados abertos e anonimizados. Consultamos também o banco de dados do Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia (SIRVERA) da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Ademais foi realizado um levantamento bibliográfico pelos sites de pesquisa Scielo, Medline, BVS e ARCA Fiocruz, por meio dos termos chave: políticas públicas, combate à raiva, *rabies politics*, *rabies policies*, *rabia en Colombia*, *rabia em Peru*, raiva e saúde única, *rabies and One Health* e *raiva no Brasil*, para a construção do referencial teórico e para complementação, caso necessário, dos dados epidemiológicos. Foram excluídos do referencial artigos que tratavam somente de aspectos virológicos do vírus e foram incluídos artigos que tratassem dos programas dos países, que apresentassem dados históricos e que relacionassem a doença e o termo saúde única.

A análise das políticas de combate à raiva foi feita por meio da pesquisa documental das publicações oficiais dos países que tratam do tema, disponíveis nos sites oficiais dos Ministérios da saúde, Serviços de sanidade animal e Ministérios da agricultura dos países estudados e sites institucionais oficiais da OPAS e Organização Mundial da Saúde (OMS), abordando as Leis, Decretos, Manuais, Normas e Regulamentos, aliado ao que foi levantado na pesquisa bibliográfica.

A metodologia para a análise documental com ênfase na dimensão institucional formal dos marcos legais que definem as diretrizes e o conteúdo das políticas tratando da função estatal para o planejamento da política foi feita segundo a divisão de Matriz de análise proposta por Pereira (2014). Dessa forma a análise em si deve abranger as seguintes perguntas ao longo do texto: Quais os objetivos da política? A que/quem se destina? Quais as principais estratégias de implantação previstas? Quais os resultados esperados, tendo em vista os seus objetivos?

As unidades de contexto visam compreender a significação dos itens obtidos em seu contexto dentro da política (Mendes & Miskulin, 2017), resultou nas categorias: a agenda da política (aborda o histórico e os objetivos), a implementação (elucida a forma como foi implementada a política no país em estudo) e os resultados (inputs, outputs, realizações alcançadas pelas políticas com as suas implementações).

A última etapa da análise de documentação consistiu no tratamento dos resultados, uma análise crítica dos dados levantados a partir de uma análise qualitativa quanto aos contextos em que esses indexadores estão inseridos nos textos estudados e a formação das categorias para a comparação do que foi levantado.

Esse projeto foi submetido em março de 2023 e recebeu parecer consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil de número 5.903.929 com dispensa de avaliação no sistema CEP/CONEP do Brasil e de acordo com a Resolução CN 510/16, art. 1º, II, V e III.



## HISTÓRICO DAS POLÍTICAS E REVISÃO DO NÚMERO DE CASOS

O Programa Nacional de Profilaxia da raiva atingiu todos os estados brasileiros apenas em 1977, apesar de ter sido instituído em 1973 por meio de um convênio entre o Ministério da Saúde, da Agricultura, a Central de Medicamentos e a OPAS. Esse modelo de convênio foi adotado por outros países da América do Sul (Babboni & Modolo, 2011; Cabrera, 2019). O objetivo do programa era promover atividades sistemáticas de controle da raiva humana através do controle da zoonose nos animais domésticos e tratamento específico das pessoas vítimas de mordeduras supostamente de animais raivosos (Schneider, 1996).

Na década de 1980, a Divisão Nacional de Zoonoses do Ministério da Saúde teve importante papel na redução e controle dos casos de raiva, nessa década o país contava com 16 Centros de controle de zoonoses, que também efetuavam controle contra outras zoonoses como a leptospirose (Schneider, 1996).

No Brasil, desde 2010 até agosto de 2022, 45 casos de raiva humana foram registrados, sendo 24 casos devido a variante AgV3 associada a morcegos. Em 2004 no Pará, ocorreu um surto com 15 casos no município de Augusto Côrrea. Nesse mesmo estado, em 2018, houve um surto em comunidade ribeirinha com 10 casos e 3 casos do estado do Amazonas em 2017 (Tolentino Júnior, 2023).

Os dados relativos aos casos de raiva humana divulgados no site do Mi-

nistério da Saúde brasileiro divergem dos dados encontrados no SIRVERA nessa pesquisa em alguns pontos: No ano de 2001, o site do Ministério da saúde considera que ocorreram 18 casos de raiva humana causados por cães e 2 casos causados por outros animais. O SIRVERA, neste mesmo ano, contabiliza 17 casos causados por cães. No ano de 2002, o Ministério da saúde não apresenta um caso causado por bovino que se encontra contabilizado no SIRVERA e no ano de 2022, há um caso que está divulgado no site do SIRVERA como causado por gato, porém no Ministério da saúde consta como ignorado o animal agressor.

O número de casos de raiva associados à cães no Brasil sofreu um declínio considerável, possivelmente devido às ações como implantação da profilaxia pré e pós exposição, com a vacinação massiva de cães e aos protocolos implantados pelo Sistema único de saúde (SUS) (Brasil, 2022).

A raiva transmitida por cães teve alta de sua ocorrência na Colômbia, até 1981, quando houve uma redução da incidência registrada até 2004. Neste ano foi documentado o primeiro surto por transmissão de animal selvagem na região de Daren, tendo ocorrido 33 mortes de 2004 a 2016, e 28 delas pelas variantes de morcego, inclusive sendo 7 vítimas acometidas por agressão de gatos domésticos, assim como observado nos ataques que ocorreram no Brasil recentemente (Caicedo, 2019).

Na Colômbia, segundo o INS (Instituto Nacional de Salud), desde 1995, houve um aumento nos casos de raiva transmitidas por morcegos a humanos (gêneros *Desmodus*, *Tadarida* e *Artibeus*), com 22 casos na região da Costa Pacífica, 16 na Atlântica e 2 casos na região Amazônica e um em Orinoquia. A maioria foi causada pela variante do ciclo silvestre transmitidas por morcegos, sendo o gato como único animal agressor desde 2012 e potencialmente infectado pelos hábitos de caça ao morcego, sendo o responsável pela transmissão da doença ao ser humano devido a sua proximidade (Colômbia-INS, 2022).

À exemplo do Brasil, o Peru iniciou o combate à raiva em seu território na década de 1970, tendo logrado êxito na redução dos casos na década de 1980 e de 1990 também através de campanhas de vacinação massiva de cães e gatos, reduzindo os casos humanos de 400 para 32 após implantado o Programa de Vigilância, prevenção e controle da raiva urbana na década de 90 (Cabrera, 2019).

Em 1976, foi publicado o Manual no Peru sobre controle da raiva, que além da vacinação em cães estabelecia a eliminação de cães errantes por meio do uso de câmaras de gás e envenenamento por estricnina, sendo estes cães vacinados ou não, ou era o método usado em casos de epizootia. O manual também tratava sobre a vacinação humana em caso de agressão

e sobre o controle da raiva silvestre em bovinos através da vacinação e o controle em animais como raposas e morcegos, incluindo a estricnina nesse tipo de controle, porém o foco principal era a cobertura vacinal de 80% em cães e a prevenção de acidentes antirrâbicos através da educação sanitária nas escolas (Peru, 1976).

A partir de 1996, após a ocorrência de surtos nos departamentos de Cesar, Atlântico, Bolívar, Córdoba, Magdalena e Sucre, se estabeleceu a associação entre casos de raiva humana, canina e a variante provinda de quirópteros (morcegos), revelando estes como importantes reservatórios da doença (Vargas-Linares, 2014).

Os anos seguintes foram permeados por casos de raiva provenientes de variantes silvestres e transmitidas por morcegos à humanos diretamente e indiretamente por meio de gatos. A partir de 2000, apareceram casos esporádicos em alguns estados como, Cajamarca, Cuzco e Puño, que sempre apresentaram um maior número de casos para raiva urbana. Em 2012, foi planejada a meta de eliminar a mortalidade por raiva das variantes 1 e 2 e reduzir em 30% a mortalidade por variantes de espécies silvestres até 2021 no Plano denominado Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021 do Ministério da Saúde e Proteção Social. Entre 2005 e 2015, ocorreram 8 casos de raiva urbana somente em Puño, entre 2009 e 2013 ocorreu a reintrodução de raiva canina na região de Madre de Díos, devido ao fluxo comercial entre essas duas regiões, que foi controlada a partir de 2014. Em 2015 houve uma reintrodução em Arequipa, onde já havia sido declarada eliminada a doença (Ulloa-Stanojlovic, 2019).

Quanto a raiva de origem silvestre, mantém-se casos há mais de 30 anos, em que mais de 50% dos casos de raiva humana silvestre entre 1994 e 2011, ocorreram no departamento de Amazonas, sendo os picos de surtos em 1994 e 2007 (Vela, 2020).

Em 2011, o Peru entrou como pioneiro na vacinação da população de alto risco como método de rotina na prevenção da ocorrência da doença, com vacinação de pré exposição nas populações indígenas do Amazonas. A partir do ano de 2012, ocorreram casos em outros estados que também apresentavam surtos de raiva urbana, como Cusco, Cajamarca e Loreto (Ulloa-Stanojlovic, F. M., 2019). O pico dessa última década foi em 2016 com 15 casos (Vela, 2020).

De 2017 a 2019 não houve notificações de raiva humana silvestre. Em 2020, ocorreu uma notificação de raiva humana silvestre em Apumirac (Peru/N.T.S. nº131, 2017). Os dados relativos os números de casos de raiva humana no Peru levantados por essa pesquisa, apontaram divergência entre o que está divulgado no SIRVERA e o que é apresentado pelo Ministério da saúde peruano pelo Vice Ministério de saúde pública e Centro Nacional de Epidemiologia,

Prevenção e Controle de Enfermidades. No ano de 2003, o Ministério da saúde considera que ocorreram 3 casos de raiva humana silvestre, no SIRVERA só há 2 casos contabilizados. No ano de 2005, 2006 e 2009 há mais casos no SIRVERA de raiva humana do que o que é divulgado pelo Ministério da Saúde. No ano de 2007, houve 12 casos segundo o Ministério da saúde e pelo SIRVERA 23 casos. No ano de 2011, são contabilizados 21 casos no Ministério da saúde e 20 casos no SIRVERA, nos anos de 2015, 2016 e 2019 também há menos casos no SIRVERA do que os números considerados pelo Ministério da saúde peruano, sendo que no ano de 2016 essa diferença chega a 6 casos.



## A AGENDA DAS POLÍTICAS DE COMBATE À RAIVA

A raiva em animais de produção transmitida pelo morcego *D. rotundus*, é considerada uma questão multinacional regional nas Américas pela OPAS/OMS. O “Programa Regional para Prevenção e Controle da Raiva Transmitida pelo Morcego Hematófago (*D. rotundus*) em Animais de Produção Suscetíveis” é um documento que possui como objetivo geral desenvolver políticas regionais harmonizadas para orientar os programas nacionais de prevenção e controle da raiva. Para isso possui objetivos, metas e resultados com indicadores usados para mensuração da evolução das políticas públicas da região e os avanços dos programas nacionais. Cada pilar central tem uma meta a ser atingida e os indicadores para demonstração da execução das atividades propostas. É prevista uma autoavaliação para essas metas e sua classificação, em operacional, parcialmente operacional e não desenvolvida (PANAFTOSA/OPAS, 2021).

Não foi identificado nesta pesquisa para a raiva humana um documento regional direcionador como este que recomende a confecção dos programas locais de prevenção e controle na América do Sul. Em virtude disto, os países confeccionam cada um a sua própria legislação seguindo as diretrizes básicas preconizadas pela OMS, através dos documentos gerados pelo Programa Regional das Américas de combate à raiva humana transmitida por cães, implementado em 1986. Assim, a agenda atual da política de combate à raiva, seja humana ou animal, é a mesma entre os três países: prevenção e controle a doença, visto que têm seus programas direcionados pelos documentos norteadores da OMS, com divergências devido a particularidades epidemiológicas, sociais e econômicas de cada país.

No caso do combate à raiva, a implementação das políticas inicia-se pela redação de legislações que abordem as medidas necessárias o controle da doença. Ao comparar as legislações entre os países objetos do estudo, o Peru apresenta o maior volume de legislações atualmente em comparação com os outros países. No site institucional temático da doença do Ministério da saúde do Brasil há disponível para consulta um Guia de vigilância em saúde que aborda a raiva e

outras zoonoses, 3 manuais, 1 Norma técnica e 2 protocolos sobre a doença. A Colômbia possui um Decreto, um guia de alinhamento nacional e um protocolo. O Peru possui um Decreto, 6 Resoluções Ministeriais, um manual e duas Normas técnicas. Portanto, é possível perceber que o Brasil é o único dos três países que não possui um decreto que trate diretamente sobre a raiva, sendo a mesma apenas abordada através de guias, manuais e a profilaxia através de norma técnica.

A base técnica de sustentação para as iniciativas de eliminação da raiva nas Américas é retirada das reuniões de diretores dos Programas Nacionais de Controle da raiva nas Américas (REDIPRA), reunidos a cada dois anos, aproximadamente. Nessas reuniões são apresentadas a situação epidemiológica dos países e são atualizadas as estratégias de prevenção e eliminação da raiva.

As conclusões e recomendações da REDIPRA são submetidas em Reunião Interamericana em Nível Ministerial (RIMSA) sobre saúde e agricultura para consideração e aprovação dos ministros de saúde e de agricultura dos estados membros da OPAS. Após serem discutidas pela RIMSA, as políticas inter-setoriais regionais referentes ao programa de eliminação da raiva são submetidas ao Conselho Diretivo da OPAS.

A política de combate a raiva é regulatória, com ordens, proibições decretos e portarias, custos e benefícios distribuídos entre os grupos e setores da sociedade, desde os agricultores que desejam erradicar a raiva das suas criações, até as imunizações abordando a prevenção humana e as empresas responsáveis pela elaboração das vacinas, mas também atende interesses particulares e restritos, o que pode gerar conflito ou consenso de acordo com a coalizão no poder (Pereira, 2014).

O compromisso político deve ater-se não somente a eliminação de casos humanos, mas também a evitar a reintrodução da doença e levar a criação de estruturas e mecanismos sustentáveis para tal, inclusive com a alocação de recursos necessários para alcance das metas estipuladas no planejamento dos programas (Rock *et al.*, 2017).

Nos últimos 30 anos, a circulação do vírus da raiva AgV1 foi eliminada em grande parte do continente americano, devido a cooperação entre os setores de saúde e de agricultura, assim como a colaboração do setor privado e demais órgãos governamentais (Vilas *et al.*, 2017)

No Brasil, a raiva humana proveniente da variante canina não apresenta casos há mais de 10 anos, sendo os últimos casos da doença em humanos e em animais ocasionados por variantes silvestres. Dessa forma, a agenda do programa foca no monitoramento e na prevenção, com a vigilância genômica dos casos diagnosticados realizada quando possível para a determinação

da variante causadora, sendo mantida a vacinação de cães, principalmente em regiões mais críticas como fronteiras e regiões com ocorrência de casos nos últimos anos (Brasil, 2022).

Na Colômbia o foco da agenda de combate também se encontra na prevenção e no monitoramento dos casos diagnosticados como no Brasil (Colômbia-INS, 2022). No Peru, essa agenda sofre uma variação, adicionada pela ocorrência de casos na região de Arequipa, Cuzco e Puño nos últimos anos, focando na vacinação de cães, na busca ativa de casos e na profilaxia pré exposição nas áreas de ocorrência de casos humanos em comunidades rurais, como em Loreto (Peru-NTS, 2017).

A redução na carga da doença em humanos (95%) e em cães (98%), acabou acarretando uma redução no interesse institucional pela raiva e dos recursos destinados ao seu combate, além do interesse em divulgações de campanhas de vacinação e de educação em saúde voltadas para a doença (Vilas *et al.*, 2017).

Para a aquisição das vacinas caninas, os países seguem a recomendação da meta da OMS para eliminação das mortes humanas causadas por raiva transmitida por cães até 2030, com monitoramento e avaliação anual do indicador de cobertura vacinal canina, cuja meta é o alcance de 80% de cobertura da população de cães estimada e o bloqueio de focos da doença. Entre as atividades usadas no alcance da meta inclui-se a contagem da população canina, a avaliação de uma série de estratégias de vacinação em massa e o desenvolvimento de um programa de vacinação em locais com um histórico endêmico de casos de raiva para alcançar cobertura superior à 70%.

López *et al.* (2007) demonstraram que somente 28 a 34% dos cães domiciliados em dois locais do Peru apresentavam proteção efetiva (títulos de anticorpos no soro sanguíneo superior a 0,5 UI/ml) após uma campanha de vacinação realizada no local.

O indicador usado pelos três países, que constitui na porcentagem de vacinação de cães e gatos, pode não representar a realidade da situação epidemiológica de cobertura vacinal de uma região, além da falha vacinal que pode ocorrer nas campanhas de vacinação, outros problemas podem acontecer como explicitado por Pinto (2020), que analisou a cobertura vacinal de cães e gatos em todos os municípios brasileiros de 2012 a 2017. O autor encontrou inconsistências na estimação populacional desses animais para estabelecimento das metas de vacinação, o que pode causar uma subestimação do número de animais vacinados e gerar indicadores superiores a 100% em alguns municípios. Essas inconsistências levam ao questionamento do método de estimação realizado pela maioria dos municípios, os quais estimam o número de cães em 10% da população humana residente e de um gato para cada 4 cães.

O ICA colombiano é a entidade governamental responsável pela execução e planejamento das campanhas de vacinação departamentais, sendo estas planejadas de acordo com o risco sanitário presente e em áreas de ocorrência de focos, prioriza-se a vacinação de 100% dos cães e gatos. Isso é priorizado no Peru e no Brasil, sendo que no Peru os departamentos são obrigados a realizar a ou atualizar sua população canina estimada com base na proporção população pessoa/cães ou por estudos censitários da quantidade de cães, além da análise de risco de cada região. Este país prioriza que em áreas onde se tenha alcançado coberturas mínimas de 80% de população canina estimada vacinada, a campanha se dará em um ciclo curto de vacinação da população não vacinada, a norma também expressa que as campanhas acontecerão em dois dias programados e os cães vacinados deverão ser identificados por colares coloridos.

No caso da assistência, o acesso à profilaxia deve ser gratuito para um alcance efetivo, o que é adotado nos países em estudo apesar das diferenças dos sistemas de saúde de cada um.



## IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS DAS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS PELOS PAÍSES EM ESTUDO

No Peru, a Norma técnica estabelece indicadores para o monitoramento, supervisão e avaliação da qualidade da gestão da atenção ao paciente com acidente por mordedura, de forma permanente com aplicação nos diferentes níveis: local, regional e nacional. Supervisões são programadas periodicamente para melhorar o desempenho e a qualidade da atenção em estabelecimentos de saúde de acordo com o nível de complexidade permitindo o planejamento de ações de desenvolvimento a curto, médio e longo prazo. A avaliação é feita pela verificação do avanço dos objetivos alcançados sobre o que fora programado utilizando indicadores com uma periodicidade trimestral, semestral e anual por níveis (nacional, regional e local). A informação usada para avaliação provém do sistema de informação vigente. Os indicadores são:

### 1 - Indicadores de raiva humana:

- I. Indicador de estrutura: taxa de pessoas mordidas atendidas em relação a população total e taxa de número de focos notificados em comparação aos esperados.
- II. Indicadores de processo: Porcentagem de pessoas mordidas controladas pelo total de atendidas, porcentagem de focos investigados pelo total de notificados e porcentagem de focos controlados pelos investigados. Também considera o número de pessoas que iniciaram a vacinação em relação ao total de

atendidas com vacinação necessária e número de pessoas que completaram o esquema de tratamento pelo número que iniciou o protocolo de vacinação. Quanto a vacinação também considera o número total de doses de vacina aplicada pelo total que iniciou vacinação, e o número de expostos ao vírus rábico com confirmação de raiva animal que completaram tratamento pelo total de exposto ao vírus rábico que iniciaram o tratamento com confirmação de raiva animal.

**III.** Indicadores de resultado: número de casos de raiva humana urbana pela população total e número de casos de raiva humana silvestre pela população total.

Na Colômbia também são usados indicadores na avaliação do programa da raiva e esses indicadores estão expressos na Norma Técnica. Os indicadores de impacto (por período epidemiológico) são os seguintes: Proporção de agressões e contatos com animais potencialmente transmissores de raiva e proporção de raiva humana, proporção de raiva em cães e proporção de raiva em gatos.

Os indicadores de processo (por período epidemiológico) são: proporção de pessoas expostas ao vírus rábico, proporção de casos que cumprem a definição de caso de não exposição, proporção de casos que cumprem a classificação de exposição leve, proporção de casos que cumprem a classificação de exposição grave, proporção de casos de raiva em cães e gatos investigados e proporção de raiva em animais de produção primária investigados.

O Brasil não expressa indicadores de avaliação do programa em suas publicações, porém em consulta o sistema de informação ao cidadão, a Coordenação Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão vetorial (CGVZ) informou que para o alcance da meta até 2030, é realizado o monitoramento e avaliação anual do indicador de cobertura vacinal canina, cuja meta é alcançar 80% da população estimada de cães. Outra medida adotada é a busca pela cobertura de 100% dos atendimentos antirrábicos para as pessoas que buscam atendimento no caso das ocorrências de acidentes.

Acharya *et al.* (2022) consideram um programa com abordagem em saúde única para controle da raiva quando apresenta como características: a coleta sistemática de dados e sua compilação, coordenação de compartilhamento de dados entre saúde animal, saúde humana e ambiental, vigilância eficiente e efetiva, oferta suficiente e viável de profilaxia pós exposição, alta cobertura vacinal e aumento de sua eficiência, fortalecimento da rede de diagnóstico, sensibilização da população e atividades de pesquisa sobre a doença.

O Brasil possui uma política essencialmente guiada pela maioria desses fundamentos, por isso alcançou nos últimos anos um avanço significativo no

combate à doença, pois possui uma abordagem em saúde única com integração entre os programas de saúde animal, humana, ações de prevenção baseadas no programa de imunização do país e ações de pesquisa e avaliação constante da eficácia das ações desenvolvidas para a prevenção da doença.

A raiva é trabalhada como parte integrante do Programa Nacional de Imunizações no Brasil, no escopo das profilaxias pré e pós exposição no que tange ao seu orçamento e questões de planejamento, sendo a vacinação de cães integrante das atuações das secretarias de saúde municipais quando oferecida gratuitamente. Já para as ações de prevenção e combate aos vetores, os serviços de sanidade agropecuária estaduais executam essas ações, algumas vezes em parceria com as secretarias de saúde e de agricultura municipais. Na Colômbia, a divisão é parecida, porém com a vacinação dos cães assim como as ações de prevenção e controle de vetores executada pelo ICA (Instituto Colombiano Agropecuario), já os órgãos de saúde municipais e departamentais (IPS) executam as ações de planejamento e logística da pré e pós profilaxia.

No Peru as ações de prevenção e controle da raiva humana são abordadas no âmbito de atuação do MINSA, com a divisão de zoonoses, sendo as ações de pré e pós profilaxia abordadas no âmbito das secretarias de saúde municipais e as ações de controle do vetor *Desmodus rotundus*, executadas pelo SENASA (Serviço Nacional de Sanidade Agropecuária) em parceria com os órgãos municipais e departamentais.

A forma como são conduzidos os atendimentos no Peru e na Colômbia produz um padrão de intervenção centralizado e fragmentado, que resulta em grandes disparidades na oferta assistencial, tal fragmentação é consideravelmente reduzida no Brasil, pois o SUS, como sistema universal gratuito, oferta as ações de prevenção e promoção da saúde através de ações na atenção primária.

Essas diferenças fazem com que no Brasil, apesar das desigualdades territoriais, a oferta de imunizações para a raiva seja mais universal e as ações de prevenção, em consequência, são regionalizadas. Já na Colômbia e no Peru, a oferta de imunização é local, regional e as ações de prevenção nos vetores tem comando nacional, causando desigualdades consideráveis nas ofertas de imunização à população e abrangência nacional nas ações de prevenção nos vetores. Apesar disso, em termos legislativos, o Peru possui uma norma mais completa, que abarca todos os aspectos da raiva como um problema de saúde única e envolve nessa legislação o papel e as tarefas de todos os setores envolvidos com suas respectivas responsabilidades.

O Brasil, em contrapartida, possui normas técnicas fragmentadas que estão distribuídas separadamente entre variados órgãos, com tarefas bem delimitadas e sem compartilhamento de responsabilidades. Isso, dá ao controle

da raiva a nível nacional um aspecto recortado que não contribui para a visão da doença como um desafio de saúde única, que necessite do empenho, coordenação e união de vários setores. Já a Colômbia possui uma norma relativamente abrangente, porém não tanto quanto a peruana, sendo mais equilibrada na visão do ministério da saúde e direcionada para os seus atores.

A ausência de avaliação em um sistema de vigilância pode resultar em não cumprimento dos objetivos gerando consequências desfavoráveis nas ações consequentes como a imprecisão dos dados gerados e com isso as decisões podem basear-se em medições inadequadas dos resultados atingidos pelas políticas adotadas como consequência na falha de avaliação (Rocancio-Melgarejo *et al.*, 2015).

Constitui uma necessidade, o planejamento da assistência adequada para um possível caso suspeito ou confirmado, algo que necessita da disponibilidade de leitos em unidades de terapia intensiva, visto a gravidade da doença e cuja disponibilidade é concentrada nos grandes centros urbanos nos países objetos do estudo, longe das áreas de maior risco.

A saúde em regiões de fronteira tem aspecto complexo, pois envolve dois ou mais sistemas nacionais muitas vezes antagônicos e não complementares. Na tentativa de controlar seus territórios, os países criam barreiras como alfândegas, exigências de vistos, passaportes e outros documentos. Porém, na saúde, a população desses locais se vê muitas vezes obrigada a desrespeitar tais regimentos para conseguir atendimento, seja na atenção básica ou especializada, até mesmo seguindo-se para além dos limites fronteiriços, gerando duplicidade ou carência nos dados gerados sobre os atendimentos e as afecções. As regiões de fronteira, por serem afastadas dos grandes centros urbanos em sua maioria, apresentam déficit de infraestrutura e na vigilância das doenças que podem transpassar os limites territoriais. A cooperação internacional nessas áreas apresenta influência na maior ou menor presença de profissionais de saúde, consequentemente maior ou menor mobilidade da população, assim como possíveis conflitos geopolíticos e históricos (Machado, 2005).

As constituições de cada país expressam em seus dispositivos a abrangência das faixas de fronteira e como podem ser executados processos de cooperação com os países vizinhos. A região da bacia Amazônica, é considerada uma região integradora da América Latina, visto que o rio Amazonas, nasce no Peru, delimita-o com a Colômbia e adentra o território brasileiro. Nessa região de fronteira, o Brasil e o Peru têm focado suas políticas para o desenvolvimento regional e a Colômbia para a conservação de áreas protegidas e o turismo. A integração desta região enfrenta empecilhos como a falta de atratividade econômica e os problemas de segurança potenciais, porém possui potencialidades como o impacto trinacional positivo de ações adotadas, a

complementariedade de serviços em virtude da mobilidade humana e a falta de conflitos sobre o território demarcado (Londoño Niño, 2013).

Naisengar *et al.* (2021) explanam que a melhora na vigilância da doença perpassa também pela sensibilização da população e conscientização sobre o uso dos testes diagnósticos, pelo treinamento adequado e eficiente colaboração de veterinários e trabalhadores da saúde humana entre si, pela descentralização dos laboratórios diagnósticos, pela melhora na rede de transporte de amostras e pela resposta adequada à detecção de surtos.

Em um estudo realizado por Estima *et al.* (2022), o perfil dos atendimentos antirrábicos realizados no Brasil de 2014 a 2019 explicitou que a maioria dos atendimentos foi realizado em zona urbana e em pessoas agredidas por cães, mesmo com a mudança no perfil da doença no país nos últimos anos, ocorrendo o maior número de surtos em áreas rurais. Além disso, os estados com menor número de notificações são os estados do norte do país, que também possuem maior dificuldade de acesso aos atendimentos em saúde e os animais silvestres foram responsáveis por apenas 1,4% dos registros, podendo apontar uma subnotificação. Os autores citam um estudo que atribuiu um custo superior a R\$ 800 milhões na aquisição de imunobiológicos para profilaxia da raiva entre 2014 e 2015, sendo que 85% das condutas profiláticas adotadas foram consideradas adequadas para acidentes leves e 86,7% dos acidentes graves obtiveram conduta profilática inadequada.

Segundo Estima *et al.* (2022), seria necessário repensar a conduta profilática adotada nos grandes centros, sendo a adoção de vacina e soro para profilaxia em casos de agressões por cães e gatos uma possibilidade de desperdício de recursos, visto que muitas vezes, a observação do animal é suficiente. Para os casos graves, a adoção de condutas inadequadas pode ocasionar casos de raiva e a conduta excessiva, também ocasiona desperdícios e pode gerar desabastecimento dos imunobiológicos. A vacinação desnecessária pode ser evitada pela mensuração de anticorpos antes da mesma, principalmente antes de doses de reforço em população submetida a profilaxia pré exposição (Warrel, 2018).

O vírus proveniente de morcego hematófago também se tornou a principal causa de raiva humana na Colômbia nos últimos anos, com a diferença que os surtos nunca ocorreram na região Amazônica colombiana. Azuero-Vargas *et al.* (2020) citam que 72,5% das notificações de agressões causadas por animais susceptíveis a raiva de 2012 a 2016 ocorreram também em área urbana, sendo 80,6% de expostos leves obtiveram tratamento adequado, enquanto 91,1% de expostos gravemente também obtiveram tratamento adequado.

O tratamento antirrábico é eficiente na prevenção completa da doença

se seguido totalmente. Matos *et al.* (2017) encontraram uma taxa satisfatória e apenas 6% de abandono do tratamento entre os residentes de Brasília. Já Veloso *et al.* (2011) encontraram uma taxa aproximada de 30%, porém os indivíduos relataram terem buscado outros locais para concluir o protocolo e cuja falha na alimentação do sistema não contabilizou essa conclusão oportuna do esquema vacinal, que foi realizada em uma unidade de atendimento diferente da inicial.

A negligência no tratamento de dados lançados no sistema de informação sobre os pacientes e sobre as campanhas de vacinação pode gerar prejuízos financeiros ao país pelo desperdício de imunobiológicos, além do risco de surtos em áreas com baixas coberturas reais e onde ocorrem epizootias periódicas, pois a cobertura vacinal de cães e gatos para a raiva também envolve a proteção contra possíveis ressurgimentos de surtos em virtude de infecções advindas de morcegos silvestres.

A falta de sincronização dos dados e atualização entre os diferentes graus de atenção à saúde também causa prejuízos e descontinuidade de tratamento em algumas regiões, visto que o tratamento imuno profilático para a raiva é relativamente longo. No Peru, por exemplo, as fichas de atendimento aos acidentes antirrábicos de preenchimento manual podem prejudicar o registro confiável e adequado dos dados, em caso de perda podem gerar prejuízos no levantamento de dados epidemiológicos e em caso de necessidade de mudança por parte do paciente do local de vacinação, pode causar perda de dados e desistência por parte do paciente caso tenha que reiniciar o esquema.

Existe atualmente um sistema preditivo de risco que depende da correta coleta de dados que deve ser oportuna e periódica, com atualização constante. É o modelo de predição dos padrões ecológicos, frequência e distribuição dos morcegos hematófagos infectados. Este modelo é usado para predição de possíveis surtos nas populações animais e poderia ser incorporado a vigilância da raiva humana, visto a mudança no perfil epidemiológico da doença nos últimos anos (Ulloa-Stanojlovic, 2021).

Relatos de casos de cães e gatos infectados por variantes silvestres são comuns no Brasil (Faria *et al.*, 2022) e demonstram a necessidade de adaptação dos procedimentos de vigilância contra a doença, envolvendo principalmente a participação de médicos veterinários que realizam atendimentos privados, visto que são estes profissionais a quem os proprietários recorrem nos primeiros sintomas dos animais infectados. As atividades de educação em saúde também devem focar a divulgação dos sintomas da doença em cães e gatos e nos procedimentos necessários após a suspeita, como coleta de material para diagnóstico e notificação.

O caminho que percorre até a notificação de casos suspeitos também pode prejudicar a vigilância e causar subnotificação. No Brasil, por exemplo, os casos suspeitos de raiva em animais de produção podem ser notificados por qualquer cidadão nos postos de atendimento dos órgãos de defesa agropecuária e pela internet, já os casos em cães e gatos devem ser notificados por profissionais de saúde habilitados após uma avaliação de um profissional do município. A grande maioria dos municípios são de pequeno porte, e o profissional necessário para julgamento seria um médico veterinário à disposição do município para atendimento, que pode não estar presente em tempo oportuno. A participação mais inclusiva dos veterinários privados é estimulada pela legislação colombiana e peruana, principalmente com responsabilidade técnica em campanhas de vacinação de cães e gatos, gerando um maior envolvimento da comunidade.

Em países com baixa incidência da doença como é o caso dos países em estudo, é necessária a implantação e avaliação de um indicador que considere informações sobre a proporção de casos positivos de raiva confirmados laboratorialmente nos casos testados ou animais avaliados (um número mínimo de animais avaliados como requisito) (Franka & Wallace, 2018). Ademais, são requisitos para declarar um território como livre da doença: a doença ser notificável obrigatoriamente, a existência de sistema eficazes para vigilância, medidas regulamentares de controle implementadas e que nenhuma infecção de raiva silvestre ou casos em humanos ou de qualquer espécie animal tenham sido detectados nos dois anos anteriores (Franka & Wallace, 2018).

O declínio necessário para conquistar o status de livre da raiva humana causada por cães e gatos foi encontrado para a raiva humana nos três países, porém nenhum ainda alcançou a marca de 2 anos consecutivos sem registro de casos de raiva humana, justo pela ocorrência casos de origem silvestre, mesmo os casos transmitidos por cães e gatos.

Apesar dos avanços que podem possibilitar o alcance da meta de erradicação da raiva transmitida por cães até 2030, desafios ainda são comuns para os países na condução das suas políticas, como a oscilação de coberturas vacinais caninas nos últimos anos, a garantia da assistência de prevenção através do acesso as profilaxias de pré exposição e pós exposição em algumas regiões de difícil acesso como as regiões amazônicas, o gerenciamento e a prevenção da interação entre animais domésticos e silvestres em áreas que sofrem a ação humana como desmatamento e garimpo, o fortalecimento da oferta de diagnóstico regionalizado como uma necessidade para expansão da vigilância da doença e a expansão e incremento das atividades de educação em saúde para sensibilização da população para a prevenção e seguimento dos protocolos vacinais.



## REFERÊNCIAS

- Azuero, V., Yenny, A. *et al.* (2019). Vigilancia de las agresiones causadas por animales susceptibles a rabia, una lesión de causa externa evitable, Casanare-Colombia, 2012-2016. **Revista Medicina Veterinaria Bogotá** (Colombia) nº39, p. 11-28.
- Babboni, S. D., & Modolo, J. R. (2011). Raiva: Origem, importância e aspectos históricos. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 13 (Esp), 349-356.
- Brasil. (2022). **Nota técnica nº 08/2022- Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial**. Departamento de Imunização e doenças transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Departamento de articulação estratégica de vigilância em saúde.
- Cabrera, S. R. (2019). Persistencia de la reemergencia de la rabia canina en el sur del Perú. **Anales de la Facultad de medicina**, 80(3), p. 379-382. DOI: <https://10.15381/anales.803.16866>
- Conceição, & Abreu, P. A. (2021). Raiva humana; Otimização da prevenção e caminhos para a cura. **Revista científica da ordem dos médicos: Acta Med Port.**, 34 (11), p. 767-773.
- Dagnino, R., & Thomas, H. (2015). Metodologia de análise de políticas públicas. Capítulo 3 In: **Gestões estratégicas em Políticas públicas**, editora Alínea.
- De Andrade, F. A. G., *et al.* (2016). Geographical analysis for detecting high-risk areas for bovine/human rabies transmitted by the common hematophagous bat in the Amazon region, Brazil. **PLOS ONE**. doi:10.1371/journal.pone.0157332
- Duarte, N. F. H. *et al.* (2021). Epidemiologia da raiva humana no estado do Ceará, 1970 a 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1.
- Estima, N. M., *et al.* (2022). Descrição das notificações de atendimento antirrábico humano para profilaxia pós-exposição no Brasil, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**.
- Faria, P. C., *et al.* (2022). Canine rabies in Belford Roxo City, Rio de Janeiro, Brazil: a case report. **Brazilian Journal of Veterinary Medicine**, v. 44.

- Franka, R., & Wallace, R. M. (2018). Rabies diagnosis and surveillance in animals in the era of rabies elimination. **Revue scientifique et technique**. 37 (2), p. 359-370.
- Acharya, K. P. *et al.* (2020). One Health approach: A best possible way to control rabies. **One Health v.10**. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100161>.
- Londoño Niño, E. A. (2013). A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru: limites e desafios de cooperação e integração da região fronteiriça, com ênfase nos anos 2006-2011. **Dissertação (mestrado)**- UNSP/UNICMP/PUC-SP, Programa San Tiago Dantas, São Paulo, 89f.
- López, R., *et al.* (2007). Susceptibilidad canina a rabia Después de una campaña de vacunación em zonas endémicas del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, 24 (1), p. 13-19.
- Lucchese, G. (2003). A internacionalização da regulamentação sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 2, p. 537-55.
- Machado, L. O. (2005). Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: Silveira, M. L. **Continentes em Chamas. Globalização e Território na América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Matos, J. C. (2017). Acompanhamento antirrábico humano e consequente adesão à profilaxia pós exposição. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, v. 11, Supl. 3, p. 1451-1457.
- Mendes, R. M., & Miskulin, R. G. G. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de pesquisa**, v.47, n.165, p. 1044-1066.
- Naiissengar, K., *et al.* (2021). Challenges to improved animal rabies surveillance: Experiences from pilot implementation of decentralized diagnostic units in Chad. **Acta Tropical**, 221.
- OMS. (2020). Organização Mundial da Saúde. **Rota para enfrentamento das doenças tropicais negligenciadas**. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization.
- PANAFTOSA/OPAS. (2021). **Programa regional das américas para prevenção e controle da raiva transmitida pelo morcego hematófago D. rotundus em animais de produção suscetíveis**.

- Peru (2017). N.T.S. **Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana em el Perú**. Norma Técnica de Salud n° 131-MINSA/ DGIESP-V.01. (R.M. n° 024-2017/MINSA)/ Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas em Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Metaxénicas y Zoonosis-Lima: Ministerio de Salud: 101p; ilus.
- Peru. (1976). **Manual sobre control de la rabia. Ministerio de salud. Asesoría de salud pública veterinária**. Lima-Peru.
- Peru. (2016). **Resolución Ministerial 497/2016/MINSA**. Ministerio de salud.
- Pinto, M. O. K. M. (2020). Estudo da cobertura nas campanhas de vacinação antirrábica em cães e gatos e sua relação com os casos de raiva humana no Brasil, de 2012 a 2017. **Dissertação de Mestrado**. Mestrado em Ciência Animal. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Pereira, A. M. M. (2014). Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. **Políticas de Participação e Saúde**. 1ed. Recife: Editora Universitária UFPE. p. 143-164.
- Rocancio-Melgarejo, C. P., *et al.* (2015). Exposiciones rábicas em Colombia: evaluación del sistema de vigilancia desde los actores. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública V. 33, n.3.**
- Rock, J. M., Rault, D., Degeling, C. (2017). Dog-bites, rabies and One Health: Towards a coordinated agenda for research, policy and practice. **Social Science e Medicine**.
- Taylor, E. *et al.* (2023). Quantifying the interconnectedness between poverty, health access, and rabies mortality. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 20.
- Schneider, M. C., *et al.* (1996). Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n. 2, p. 196-203.
- Schneider, M. C., *et al.* (2009). Rabies transmitted by vampire bats to humans: an emerging zoonotic disease in latin america. **Revista Panamericana de Salud Publica.**, v. 25, n. 3, p. 260-292.
- Tolentino Júnior, D. S., *et al.* (2013). Rabies outbreak in Brazil: first case series in children from an indigenous village. **Infectious Disease of Poverty**. 12:78.
- Ulloa-Stanojlovic, F. M. (2019). Evaluación descriptiva de la rabia humana y animal, y desarrollo de um modelo de rabia bovina em el Perú. **Tese**

**(Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina veterinária e Zootecnia**, Universidade de São Paulo. 75f , São Paulo.

- Vargas-Linares, E., *et al.* (2014). Rabia en potos flavus identificados en el departamento de madre de dios, Peru. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 31, n. 1, p. 88-93.
- Vela, A. M. N. (2020). **Antecedentes históricos de la Vigilancia, prevención, control y eliminación de la rabia em el Perú**. Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis. Lima, 21 de setiembre.
- Veloso, R. D., *et al.* (2011). Motivos de abandono do tratamento antirrábico humano pós exposição em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 537-546.
- Warrel, M. J. (2018). Developments in human rabies prophylaxis. **Revue scientifique et technique**., v. 37, n. 2, p. 629-647.

# Virulência de *Candida* em pacientes com câncer de cabeça e pescoço da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas



**Giselle Diniz Guimarães Siqueira**

**Daniela Marinho da Silva**

**Marla Jalene Alves**

**Alexsander Moreira Siqueira**

**Vinicius Medeiros Amorim de Meira Lins**

**Lia Mizobe Ono**

**Ormezinda Celeste Cristo Fernandes**



## INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

**A**s neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço compreendem os cânceres do trato aerodigestivo superior (Filho *et al.*, 2013). Destacam-se pela elevada morbidade e mortalidade, trazendo impactos social e econômico relacionados ao tratamento. O câncer tem assumido números significativamente maiores em países em desenvolvimento e tal fato pode ser atribuído ao aumento da expectativa de vida da população, a maior exposição aos fatores de risco e às desigualdades sociais (Bray *et al.*, 2018). Partindo-se dessa mudança epidemiológica e social que em dezembro de 2005 o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria GM/MS no 2.439, a Política Nacional de Atenção Oncológica a qual definiu o câncer como um problema de saúde pública.

A radioterapia e a hospitalização são os principais direcionadores dos impactos econômicos para a saúde pública relacionados ao tratamento de pacientes com histórico de tabagismo, principal fator de risco para câncer de cabeça e pescoço (Pinto & Ugá, 2011).

A radioterapia é utilizada com intuito de promover destruição do tecido neoplásico, porém, em menor grau age sobre tecidos saudáveis promovendo efeitos deletérios ao paciente afetando diretamente sua qualidade de vida. Os efeitos iniciais da radioterapia, também chamados efeitos do tipo precoce ou agudo, ocorrem na mucosa oral nas primeiras semanas após o início da radioterapia (Marta *et al.*, 2011). Entre esses efeitos estão a mucosite, xerostomia disgeusia, infecções fúngicas, infecções herpéticas, infecções bacterianas, cárie de radiação (Gómez *et al.*, 2017; Quispe, Cremonesi, Gonçalves, Rubira & Santos, 2018; Freitas *et al.*, 2011; Bascones--Martínez, Muñoz-Corcuera & Gómez-Font, 2013; Paiva, Biasi, Moraes, Ângelo & Honorato, 2010; Floriano *et al.*, 2017) e doença periodontal (Quispe *et al.*, 2018; Gómez *et al.*, 2017; Santos, Cremonesi, Quispe & Rubia, 2017). Além desses efeitos, podem ocorrer efeitos tardios meses a anos após a irradiação, (Paiva *et al.*, 2010; Freitas *et al.*, 2011; Sari, Nasiloski & Gomes, 2014; Caetano *et al.*, 2016).

Infecções orais oportunistas causadas por fungos do gênero *Candida* durante as terapias antineoplásicas são achados frequentes. Particularmente, durante o tratamento radioterápico, há um aumento de 74,5% da colonização fúngica oral (Jahanshiri *et al.*, 2018). Segundo Suryawhanshi, Ganvir, Hazarey e Wanjare (2012), a radiação aumenta a ocorrência de candidíase oral, com predomínio de *C. albicans*.

Há evidências de que, embora *Candida albicans* seja a espécie mais comumente relacionada às infecções orais, outras espécies podem estar presentes como patógenas colaborando para infecções mais graves e de difícil tratamento. Redding (2001) e Deorukhkar *et al.* (2014) asseveraram a emergência das espécies não albicans como organismos causadores de infecção orofaríngea, essas espécies eram pensadas como patógenas apenas quando em conjunto com *C. albicans*.

Em 2001, Redding *et al.* (2001) publicaram o primeiro caso de candidíase orofaríngea radioinduzida causada por *Candida dubliniensis*. Da mesma forma, em 2004, identificou-se candidíase orofaríngea radioinduzida causada por *Candida glabrata* em seis pacientes (Redding *et al.*, 2004).

Os mecanismos de virulência apresentados por *Candida sp.*, frente à radiação utilizada no tratamento do câncer de cabeça e pescoço, e, sobretudo, pelas *Candida* não albicans, não estão elucidados. Alguns autores sugerem que a radioterapia possa induzir mudanças nos mecanismos de patogenicidade fúngica de *C.*

*albicans* (Suryawanshi, Ganvir, Hazarey & Wanjare, 2012; Ramla, Sharma & Patel, 2016) e de *Candida* não *albicans* Da Silva *et al.* (2017) e Jahanshiri *et al.* (2018).

Dentre esses mecanismos de patogenicidade, incluem-se os fatores de virulência: crescimento a 37o C, produção de enzimas extracelulares, formação de biofilme e aderência às células epiteliais. Diante disso, este trabalho almeja contribuir para o entendimento da colonização e das infecções fúngicas orais durante o tratamento radioterápico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, a partir da investigação da distribuição de *Candida* e da produção das enzimas extracelulares proteinase, fosfolipase, urease, e hemolisina.



## MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Norte (UNINORTE) e aceito com número de Parecer 3.483.267. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, observacional do tipo Antes e Depois cujas amostras foram obtidas de dezoito pacientes atendidos na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON) e diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço e que ainda não haviam iniciado tratamento radioterápico no momento da primeira avaliação. Os dados foram extraídos das informações registradas em prontuário e declarações fornecidas pelos próprios pacientes. Durante o exame clínico foi avaliada a presença de Candidíase oral e o uso de dispositivos protéticos. A coleta do material biológico bucal foi então realizada a partir do palato, da mucosa jugal e do dorso de língua por meio de um *swab*.

As amostras foram semeadas em placas separadas contendo um meio seletivo para *Candida*, *CHROMagar™ Candida* por 48h Jahanshiri *et al.* (2018). Os isolados de *Candida* observados em *CHROMagar™ Candida* foram quantificados e classificados por meio da morfologia e pigmentação das colônias de acordo com as instruções do fabricante . Após a identificação das espécies, cada espécie positiva para crescimento a 37°C no meio cromogênico foi inoculada em uma placa contendo o meio Ágar Saboraud dextrose - SDA por 48h.

Para a análise dos fatores de virulência foram avaliadas amostras viáveis de onze pacientes, para todos os testes, foram inoculadas alçadas com 48 hs de crescimento a 37°C na superfície do meio. Os testes de produção de proteinase, fosfolipase e hemolisina foram realizados em triplicata.

A produção dessas enzimas foi observada pela formação de um halo de hemólise (atividade hemolítica), halo transparente (Proteinase) e halo opaco (fosfolipase) ao redor da colônia da levedura.

A atividade enzimática foi feita utilizando o valor da zona de precipitação (Pz) dado como a média dos diâmetros avaliados (colônia / halo + colônia) cuja classificação de acordo com o valor do Pz foi: atividade enzimática muito forte ++++ (Pz  $\leq$  0,69), forte +++ (Pz entre 0,70 – 0,79), média ++ (Pz entre 0,80 – 0,89) ou fraca + (Pz entre 0,90 – 0,99).

Utilizou-se o meio de cultura ágar-gelatina-leite para a avaliação qualitativa da produção de proteinase (Teixeira, Fernandes, Herrera & Durán, 1996), o método em placa que utiliza como substrato gema de ovo descrito por Price, Wilkinson e Gentry (1982), com modificações foi utilizado para a análise da produção de fosfolipase.

A produção de hemolisina foi realizada utilizando-se o método de Luo, Samaranyake & Yau (2001) com modificações. Já para o teste da urease os isolados foram semeados em meio Agar Christensen (Agar uréia) e incubados a temperatura de 37°C com leituras em 6h, 24h e sete dias.

Os dados foram tabulados no software Microsoft Office Excel, versão 2016. As variáveis categóricas e variáveis clínicas foram descritas em tabelas. Para a análise das UFCs, da produção de fatores de virulência e da dosagem de radiação foi utilizado um modelo de regressão, o modelo linear generalizado com efeitos mistos (GLMR, sigla em inglês) utilizando o indivíduo como efeito aleatório na segunda e quarta semana de tratamento radioterápico, essa análise foi realizada por meio do Software R. Considerou-se um nível de significância de 0,05.



## RESULTADOS

Neste estudo foram coletadas espécimes clínicas de dezoito pacientes, sendo que, de onze deles, foram coletadas amostras em três intervalos de tempo: antes do tratamento, na segunda semana e na quarta semana de tratamento radioterápico. A tabela 1 mostra os Dados Sociodemográficos dos dezoito pacientes avaliados.

**Tabela 1** - Dados sócio-demográficos da amostra de 18 pacientes

DADOS DEMOGRÁFICOS		N (%)
Sexo	MASCULINO	11 (61,1%)
	FEMININO	7 (38,9%)
Idade	0-19	1 (5,6%)
	20-39	3 (16,7%)
	40-59	6 (33,3%)
	60 OU MAIS	8 (44,4%)

<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO	5 (27,8%)
	CASADO	3 (16,7%)
	AMASIADO	2 (11,1%)
	VIÚVO	1 (5,6%)
<b>Profissão</b>	AGENTE DE ENDEMIAS	1 (5,6%)
	AGRICULTOR	2 (11,1%)
	COMERCIANTE	1 (5,6%)
	DESEMPREGADO	1 (5,6%)
	DOMÉSTICA	1 (5,6%)
	DO LAR	1 (5,6%)
	ELETRICISTA	1 (5,6%)
	ENFERMEIRA	1 (5,6%)
	ESTUDANTE	2 (11,1%)
	MOTORISTA	2 (11,1%)
	PEDAGOGA	1 (5,6%)
	REPRESENTANTE COMERCIAL	1 (5,6%)
	VIGILANTE	2 (11,1%)
	<b>Etnia</b>	AMARELA
BRANCA		6 (33,3%)
PARDA/NEGRA		10 (55,6%)
<b>Escolaridade</b>	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	2 (11,1%)
	FUNDAMENTAL COMPLETO	1 (5,6%)
	MÉDIO INCOMPLETO	1 (5,6%)
	MÉDIO COMPLETO	7 (38,9%)
	SUPERIOR INCOMPLETO	1 (5,6%)
	SUPERIOR COMPLETO	2 (11,1%)
<b>Moradia</b>	RURAL	2 (11,1%)
	URBANA	16 (88,9%)
<b>Renda</b>	INFERIOR A 1 SM	2 (11,1%)
	ENTRE 1 E 3 SM	14 (77,8%)
	ENTRE 3 E 5 SM	2 (11,1%)
	SUPERIOR A 5 SM	1 (5,6%)
<b>Procedência</b>	CARACAS-VENEZUELA	1 (5,6%)
	COARI-AM	1 (5,6%)
	GOIÂNIA-GO	1 (5,6%)
	IPIXUNA-AM	1 (5,6%)
	ITACOATIARA-AM	2 (11,1%)
	ITAPIPOCA-CE	1 (5,6%)
	MANAUS-AM	8 (44,4%)
	ORIXIMINÁ-PA	3 (16,7%)

**Fonte:** Os autores.

## TABAGISMO E ETILISMO

Dos dezoito pacientes avaliados, mais da metade (55,6%) relatou tabagismo e oito (44,4%) declararam nunca ter fumado. Dos que referiram tabagismo, cinco (50%) eram do sexo masculino e cinco (50%) do sexo feminino. Observou-se câncer de laringe em cinco (50%) tabagistas. Metade dos pacientes declarou consumo de bebidas alcoólicas, sendo quatro desses (44,4%) do sexo masculino e cinco (55,6%) do sexo feminino. O câncer de laringe foi a neoplasia mais frequente entre os etilistas, afetando cinco (55,6%) dos participantes com esse hábito. Nove (50%) pacientes apresentaram associação entre tabagismo e etilismo, e destes, também cinco (55,6%) apresentaram câncer de laringe.

## LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

Aproximadamente sessenta e sete por cento dos tumores foram diagnosticados como Carcinoma Espinocelular. Quanto à localização, a laringe e a boca foram os sítios mais afetados com seis (33,3%) dos casos cada um, a nasofaringe seis (16,7%) e a orofaringe quatro (22,2%). Quanto ao estadiamento clínico, metade dos casos encontrava-se em estágio avançado, entre graus III (22,2%) e IV (27,8%).

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS BUCAIS DURANTE A RADIOTERAPIA

Para essa avaliação foram utilizados os dados dos onze pacientes cujas informações abrangeram os três períodos de tempo: antes, a segunda semana e a quarta semana de tratamento. Os pacientes foram irradiados com uma dose média de  $25,75 \pm 8,28$  centigreys (cGy) na segunda semana e 44,56 cGy na quarta semana. O uso de dispositivos protéticos foi observado em 36,4% dos pacientes. Antes de o tratamento ser instituído, não foram verificadas manifestações clínicas orais além de Candidíase pseudomembranosa, observada em apenas um (9%) paciente. Essa por sua vez, era do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de língua em estágio IV, não utilizava dispositivos protéticos e fazia uso de medicações xerostomizantes. Os sintomas orais foram mais expressivos durante a segunda semana de tratamentos, sendo a xerostomia e a disgeusia os mais frequentes, estando presentes em 90,9% dos pacientes avaliados. Já na quarta semana, a xerostomia foi observada em 90,9% dos pacientes, enquanto a disgeusia foi relatada por 72,7% deles.



## CRESCIMENTO A 37o C E IDENTIFICAÇÃO DE LEVEDURAS NA AMOSTRA INICIAL DE 18 PACIENTES

O crescimento a 37o C foi verificado nas amostras de doze (66,7%) dos pacientes antes do tratamento radioterápico ser efetuado e *C. albicans* foi a espécie mais isolada (58,3%), além dessa, foram isoladas *Candida* sp. (25%), *Candida tropicalis* (8,3%) e *Exophiala dermatitidis* (8,3%).

## CRESCIMENTO A 37o C, IDENTIFICAÇÃO DE LEVEDURAS E FATORES DE VIRULÊNCIA ANTES, NA SEGUNDA SEMANA E NA QUARTA SEMANA DE TRATAMENTO

Aqui foram consideradas as amostras de onze pacientes. A Tabela 2 demonstra o crescimento a 37o C, a quantidade de unidades formadoras de colônia e as espécies identificadas em *CHROMagar™ Candida* antes, na segunda semana e quarta semana de tratamento radioterápico. *C. albicans* foi a espécie mais isolada sendo identificada em 54,5% das amostras antes, 45,5% na segunda semana e em 54,5% das amostras na quarta semana de tratamento.

**Tabela 2** - Espécies identificadas em *CHROMagar™ Candida* antes, na segunda semana e quarta semana de tratamento radioterápico e as respectivas UFC.

AMOSTRA	ANTES		SEGUNDA SEMANA		QUARTA SEMANA	
	ESPÉCIE	UFC	ESPÉCIE	UFC	ESPÉCIE	UFC
1	0	0	C. ALBICANS	200	C. ALBICANS E CANDIDA_SP	1,100
2	C. ALBICANS	62	CANDIDA SP	75	C. ALBICANS	280
3	C. ALBICANS	246	C. ALBICANS	160		0
4	0	0		0		0
5	C. ALBICANS	20	C. ALBICANS	38	C. ALBICANS	109
6	CANDIDA SP	620	C. ALBICANS	0		0
7	C. ALBICANS	650	C. ALBICANS	13	C. ALBICANS	960
8	C. GUILLERMONDI	442		0	C. ALBICANS	36
9	0	0		0	C. ALBICANS	61
10	C. TROPICALIS	1			0	0
11	C. ALBICANS	1	C. ALBICANS	3	0	0

Fonte: Os autores.

Para as espécies não identificadas em CHROMagar TM Candida foi lançado mão do método molecular por meio da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) utilizando a metodologia de Taverna *et al.* (2013). Por esse método foi possível a identificação de *C. guilliermondi* em uma das amostras.

Na investigação dos fatores de virulência, as amostras foram produtoras apenas de proteinase, tendo sido observada a produção em 45,5% das amostras antes do tratamento, 27,3% das amostras na segunda semana e em 27,3% das amostras ao final da quarta semana de tratamento, a produção de proteinase nos três períodos de tempo avaliados foi considerada muito forte.

## DOSAGEM DE RADIAÇÃO X UFC

Nas análises geradas pelo Software R, utilizando o modelo de regressão linear misto e considerando o Indivíduo como efeito aleatório na segunda e quarta semana de tratamento, foi detectada diferença estatística entre dose de radiação e UFC conforme observado na tabela 3. A cada aumento de uma unidade de radiação, o valor médio de UFC tem um aumento de 0,132. Ou seja, com aumento da dose de radiação observou-se proporcional aumento nos valores médios de UFC.

**Tabela 3** - Resultado da análise estatística para a relação dosagem de radiação e UFC utilizando o modelo de regressão misto considerando o Indivíduo como efeito aleatório.

UFC			
PREDITORES	ESTIMATIVAS	I.C.95%	p
(Intercepto)	-311,3305	-647,6779 - 25,0168	0,07
Dose de radiação	0,132	0,0390 - 0,2250	<b>0,005</b>
<b>Efeitos Aleatórios</b>			
$\sigma^2$	61735,21		
$\tau_{ID}^{00}$	6331,57		
ICC	0,09		
$N_{ID}$	11		
Número de Observações	22		
R2 Marginal / R2 Condicional	0,254 / 0,323		

Fonte: Os autores.

## DOSAGEM DE RADIAÇÃO X PRODUÇÃO DE PROTEINASE

O mesmo verificou-se para a produção de proteinase, cada aumento de uma unidade de radiação resultou no aumento de 0,00004 no valor médio da produção de proteinase. Ou seja, com o aumento da dose de radiação, observou-se um aumento proporcional nos valores médios da produção de proteinase, conforme demonstrado na tabela 4.

**Tabela 4** - Resultado da análise estatística para a relação dosagem de radiação e produção de proteinase utilizando o modelo de regressão misto considerando o Indivíduo como efeito aleatório.

UFC			
PREDITORES	ESTIMATIVAS	I.C.95%	p
(Intercepto)	-0,01631	-0,14812 - 0,11551	0,808
Dose de radiação	0,00004	0,00001 - 0,00007	<b>0,02</b>
<b>Efeitos Aleatórios</b>			
$\sigma^2$	0,00		
$\tau_{ID}^{00}$	0,01		
ICC	0,75		
$N_{ID}$	9		
Número de Observações	15		
R2 Marginal / R2 Condicional	0,109 / 0,778		

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

Na casuística de dezoito pacientes, foi observada média de idade de 55,7, +/- 17, anos em consonância com outros estudos (Jham *et al.*, 2010; Shrestha *et al.*, 2014; Boñar- Álvarez *et al.*, 2020; Nishii *et al.*, 2020) e maior prevalência de indivíduos do sexo masculino, corroborando com relatos de Jham *et al.* (2010), Shrestha *et al.* (2014), Boñar-Álvarez *et al.* (2020) e Nishii *et al.* (2020).

Quanto à localização dos tumores, de acordo com Shrestha *et al.* (2014), a boca é o sítio mais afetado nas neoplasias de cabeça e pescoço, em nosso estudo, a boca e a laringe foram os sítios mais acometidos (33,3%) cada um. A alta prevalência de câncer de laringe observada em nossa casuística vai de encontro a Aupérin (2020) que, em estudo sobre epidemiologia dos cânceres de cabeça e pescoço, revelou uma redução nas taxas de incidência de câncer de laringe e nasofaringe em todo o mundo entre 1990 e 2017. Este trabalho evidenciou

diagnóstico tardio dos cânceres de Cabeça e Pescoço na maioria dos casos, estabelecidos já nos estágios III e IV. A boca foi o sítio onde 50% dos casos foram diagnosticados no estágio III e 33,3% no estágio IV da classificação TNM.

A mucosite oral é, segundo os estudos de Floriano *et al.* (2017) e Bispo *et al.* (2018), a complicação mais comum da radioterapia, desenvolvendo-se em 80-90% dos pacientes durante a fase inicial da radioterapia e persistindo 2 a 3 semanas pós-tratamento Roguli, Brzak, Boras, Brailo e Milenovic (2017). Em nossa casuística, a mucosite oral foi observada a partir da segunda semana de tratamento radioterápico em 54,5% dos casos, no entanto, na quarta semana nenhum paciente avaliado apresentou mucosite, o que pode estar relacionado ao tratamento com laser de baixa intensidade - prática comum da equipe de odontologia hospitalar da FCECON.

Não foi possível neste estudo, utilizar-se do uso prévio de antifúngicos como critério de exclusão, uma vez que o protocolo profilático institucional, aplicado a todos os pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço durante o tratamento radioterápico na FCECON, submeteu os participantes a bochechos com nistatina 5.000.000 UI/dia. Tal protocolo pode ter influenciado os resultados encontrados, uma vez que a nistatina é usada como medicamento tópico padrão para as infecções por *Candida*. Antes de o tratamento radioterápico ser instituído, observamos candidíase oral em apenas uma paciente do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de língua em estágio IV; na segunda semana, cinco pacientes (45,5%) apresentaram candidíase oral, sendo 80% na forma Pseudomembranosa e 20% na forma de estomatite protética. Já na quarta semana, apenas um paciente (9%) apresentou candidíase oral, esta na forma pseudomembranosa.

A redução da prevalência de candidíase oral em nosso estudo sugere a eficiência da nistatina como agente profilático da candidíase oral durante o tratamento radioterápico, tendo em vista que a maior parte dos estudos foi realizada na ausência de antifúngicos, evidenciando-se aumento da candidíase oral Jahanshiri *et al.* (2018).

Nos últimos anos, tem-se observado uma mudança na epidemiologia de *Candida* nesses pacientes, que também vêm apresentando-se colonizados por *Candida* não albicans.

A radioterapia causa danos no tecido da glândula salivar levando à hipossalivação, o que contribui para o crescimento excessivo de espécies fúngicas, portanto, existe uma clara relação entre hipossalivação e presença de candidíase Boñar-Álvarez *et al.* (2020). Embora tenham sido avaliados um total de dezoito pacientes, somente foi possível a avaliação nos três períodos de tempo de onze deles. Os pacientes receberam uma dose média de  $25,75 \pm 8,28$  (cGy)

na segunda semana e  $44,56 \pm 5$  cGy na quarta semana, dosagem essa que está de acordo com a dosagem média de outros estudos como os de Jahanshiri *et al.* (2018) e Boñar-Álvarez *et al.* (2020).

O maior percentual de espécies antes do tratamento observado em nossos resultados vai ao encontro dos achados de Andrade *et al.* (2009) que, ao avaliarem fungos associados a tumores de cabeça e pescoço, identificaram como fungos predominantes na colonização: *C. albicans* e *C. parapsilosis*, além de *C. guilliermondi* e *C. tropicalis*. *Candida albicans* foi espécie mais isolada em nossos três períodos de avaliação, resultado superior ao observado por Jham *et al.* (2010), onde metade dos pacientes estavam colonizados por *C. albicans*, exclusivamente, por Suryawanshi *et al.* (2012) que também observaram que 26,16% dos pacientes eram micologicamente positivos para *Candida* antes da radioterapia, e por Boñar-Álvarez *et al.* (2020) que apontaram 45,8% de isolamento de *Candida* antes do tratamento. A diferença no percentual pode estar relacionadas às metodologias de coleta das amostras.

Em nosso estudo, embora em menor número, foram também isoladas as espécies *C. tropicalis* (9%, antes do tratamento), *C. guilliermondi* (9%, antes do tratamento) e *Candida* sp. (9%, na quarta semana), corroborando estudos afirmativos para isolamento de *Candida* não *albicans* em pacientes imunossuprimidos e irradiados na região de cabeça e pescoço (Jham *et al.*, 2010; Jahanshiri *et al.*, 2018).

Levando em consideração que todos os pacientes faziam uso de nistatina no decorrer das avaliações, aventa-se que isso esteja relacionado à redução nos valores médios das UFC na segunda semana quando comparada à quarta semana de tratamento. Os estudos sugerem um aumento da colonização pela radioterapia (Jham *et al.*, 2010; Suryawanshi *et al.*, 2012; Shrestha *et al.*, 2014; Boñar-Álvarez *et al.*, 2020). Tais achados são corroborados pelo modelo de regressão linear misto utilizado neste estudo que detectou diferença estatística ( $p < 0,005$ ), apontando para um aumento dos valores médios de UFC a medida em que há aumento da dose de radiação.

Suryawanshi *et al.* (2012) observaram um aumento de  $100,24 \pm 59,11$  UFC antes da radioterapia para  $724 \pm 53,69$  UFC durante a radioterapia, considerando que o aumento acentuado na segunda avaliação seria sugestivo de infecção por *Candida* durante a radioterapia. O aumento da colonização durante o tratamento radioterápico pode ser explicado pela hipossalivação após o comprometimento das glândulas salivares pela radiação. Müller *et al.* (2019) vão de encontro a esses achados; analisando as alterações microbiológicas da saliva de pacientes com câncer de cabeça e pescoço antes, durante e após a radioterapia, observaram que não houve alteração na população de *Candida*.

Abordamos nos objetivos deste estudo, a investigação dos fatores de virulência produzidos por *Candida* nos três períodos de tempo. Foram avaliadas a produção de proteinase e as atividades de fosfolipase, urease e hemolisina. Acredita-se que o aumento de infecções orais por *Candida* durante o tratamento radioterápico esteja relacionado, além das alterações no microambiente oral, aos fatores de virulência dos fungos.

Não foram identificadas em nossas amostras atividades de fosfolipase, hemolisina ou urease, porém, foi observada intensa produção de proteinase. Estudos consideram *C. tropicalis* e *C. glabrata* como as principais cepas emergentes no desenvolvimento de infecções em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (Jham *et al.*, 2010); (Deorukhkar *et al.*, 2014). Porém, em nosso estudo, não foi isolada *C. glabrata*, além disso, os isolados de *C. tropicalis* não estiveram relacionados à produção de fatores de virulência. *C. guilliermondi* foi isolada antes do tratamento e apresentou o menor Pz (0,07), sendo classificada como muito forte produtora de proteinase. *C. guilliermondi* é espécie emergente associada à oncomicoses. Há escassez de estudos que avaliem os fatores de virulência de *Candida* nas mesmas condições, tais trabalhos restringem-se à colonização, o que dificulta a comparação de resultados.

Em um estudo utilizando a mesma metodologia, observaram a produção de proteinase, fosfolipase e formação de biofilme de *Candida* em pacientes durante a radioterapia e verificaram que todos os isolados produziram biofilme e proteinase e 81,04% dos isolados foram produtores de fosfolipase (Jahanshiri *et al.*, 2018). A maior produção de biofilme foi verificada nos isolados de *C. tropicalis*, além de alta produção de proteinase.

Da Silva *et al.* (2017) corroboram os achados desse grupo, verificando alterações na morfologia das colônias, maior aderência e formação de biofilme pós-irradiação de *C. tropicalis in vitro*. O estudo da equipe de Jahanshiri *et al.* (2018) foi realizado sem a presença de antifúngicos. Em nosso estudo, isolou-se *C. tropicalis* apenas das amostras colhidas antes da radioterapia, o que sugere que esse fungo foi sensível à nistatina.

A maior parte de nossos isolados foram *C. albicans* fortemente produtoras de proteinase, com um aumento da produção observado na segunda semana de tratamento radioterápico, quando a dose média de radiação foi de 25,75 +- 8,28 centigreys (cGy), o que coincide com o período de redução do fluxo salivar e consequentemente a xerostomia que ocorrem após 1800 Gy (Rothwell, 1987).

Ilkhanizadeh-Qomi, Nejatbakhsh, Jahanshiri & Razzaghi-Abyaneh (2020) investigaram a atividade proteolítica de *C. albicans* isoladas de candidíase orofaríngea de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e tiveram como resultado atividade de proteinase em todas as cepas. Vinte e oito cepas (87,5%)

apresentaram atividade potente de proteinase e quatro cepas (12,5%) atividade moderada. Ademais, a maioria dos isolados (53,1%) revelaram forte atividade de fosfolipase, onze (34,3%) isolados apresentaram atividade moderada de fosfolipase e quatro (12,5%) isolados não apresentaram atividade de fosfolipase.

Ramla *et al.* (2016) investigaram as propriedades de virulência e susceptibilidade antifúngica de *C. albicans* em pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante a terapia radioterápica em comparação a indivíduos saudáveis, e à semelhança de nosso estudo observou quantidades elevadas de *C. albicans* intensa atividade produtora de proteinase, além de variabilidade de *Candida* não *albicans* quando comparado ao grupo controle e produção intensa de fosfolipase em comparação aos indivíduos saudáveis este foi associado ao tempo de quimioterapia.

No que diz respeito à intensa atividade produtora de proteinase nos isolados de *Candida* frente à radioterapia na segunda semana de tratamento, nosso estudo está em consonância com os demais achados da literatura. O modelo de regressão linear misto considerando o indivíduo como efeito aleatório detectou diferença estatística entre dose de radiação e os valores médios de produção de proteinase ( $p < 0,02$ ). Na segunda semana de tratamento houve redução dos valores médios de PZ indicando maior produção de proteinase. Na quarta semana houve um aumento dos valores médios de Pz indicando menor produção de proteinase.

No entanto, na contramão dos demais estudos, não observamos atividade produtora de fosfolipase. Tal fator de virulência pode ter sido atenuado pela administração do antifúngico durante o tratamento. A exposição ao antifúngico parece não ter tanta influência na produção de proteinase na segunda semana de tratamento, visto que houve um aumento da produção nesse período, coincidindo com aumento da dosagem de radiação e com as manifestações clínicas de candidíase oral em 45,5% dos pacientes.



## ACHADO INCIDENTAL DE EXOPHIALA DERMATITIDIS

Durante a investigação de *Candida* neste estudo, foi isolada a levedura negra de *Exophiala dermatitidis* a partir da amostra inicial de dezoito pacientes, colhida em uma paciente, 61 anos, sexo feminino, parda, procedente de Caracas, Venezuela que recebera o diagnóstico de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado em estágio IV localizado na orofaringe, amígdala palatina. Não apresentava histórico de tabagismo nem etilismo, tampouco doenças de base.

A amostra foi semeada em meio Chromagar *Candida* e cresceu na forma de levedura de coloração negra. Dessa forma, foi feito o sequenciamento de rDNA

18S que revelou se tratar de *Exophiala dermatitidis*. Foram aplicados testes de fatores de virulência para a produção de proteinase, fosfolipase, hemolisina e urease. O fungo demonstrou positividade para a produção de urease e negatividade para os demais fatores de virulência. Esses fungos apresentam melanina em sua parede celular, o que lhe confere patogenicidade. No caso aqui relatado, observamos o acometimento raro da região oral. Suspeitamos que se deva à grande extensão do tumor que culminou com a proximidade à cavidade nasal.

## CONCLUSÕES

A radioterapia induz alterações na saúde bucal, sendo a xerostomia a complicação oral mais comum. De forma geral, os efeitos da radioterapia na saúde bucal podem ser observados já na segunda semana de tratamento. *Candida* está presente em tumores de cabeça e pescoço antes e no decorrer do tratamento radioterápico. Foram isoladas as espécies *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. guilliermondi* e *C. sp.* *C. albicans* foi a espécie mais prevalente nos três períodos de tempo avaliados. As espécies *Candida* não *albicans* estiveram presentes nos pacientes com câncer de cabeça pescoço com maior frequência antes do início do tratamento.

Há aumento dos valores médios de UFC a medida que há aumento da dose de radiação, ou seja, a radiação parece induzir uma maior colonização por *Candida*. Os isolados desse estudo foram fortes produtores de proteinase, e *C. guilliermondi* foi a espécie de maior atividade produtora. Os isolados foram produtores de proteinase nos três períodos de tempo avaliados. O modelo de regressão linear misto considerando o indivíduo como efeito aleatório detectou diferença estatística entre dose de radiação e os valores médios de produção de proteinase ( $p < 0,02$ ). Maior produção foi observada na segunda semana de tratamento em comparação à quarta semana. Outras espécies de leveduras com potencial de virulência podem ser isoladas de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Exophiala dermatitidis* ocorre na cavidade oral de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, S. L., Rocha, G. I., Matos, F. C. M., Medeiros, C. S. Q., Oliveira, P. C., Magalhães, O. M. C. ... Neves, R. P. (2009). Fungos associados a tumores de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, 38(4), 256-260.
- Bispo, M. S., Nascimento, D. S., Dantas, J. B. L., Lima, H. R., Medrado, A. R. A. P., Carrera, M., & Martins, G. B. (2018). Frequência de comorbidades associadas ao tratamento radioterápico de cabeça e pescoço. **Rev. Ciências Médicas e Biológicas**, 17(2), 185-189.

- Boñar-Álvarez, P., Padin-Iruegas, E., Chamorro-Petronacci, C., Gandara-Vila, P., Lorenzo-Pouso, A. I., Somoza-Martin, M. ... Perez-Sayans, M. (2020). Assessment of saliva and oral candidiasis levels 12, 24 and 36 months after radiotherapy in patients with head and neck cancer. **J Stomatol Oral Maxillofac Surg**, 20, 566-572.
- Caetano, D. S. F., Castro, P. G., Castro, P. H. S., Borba, A. M., Borges, A. H., & Volpato, L. E. R. (2016). Limitation of mouth opening after radiotherapy for head and neck. **Rev Gaúch. Odontol**, 64(1).
- Da Silva, E. M., Mansano, E. S. B., Miazima, E. S., Rodrigues, F. A. V., Hernandez, L., & Svidzinski, T. I. E. (2017). Radiation used for head and neck cancer increases virulence in *Candida tropicalis* isolated from a cancer patient. **BMC Infectious Diseases**, 17(1), 783.
- Deorukhkar, S. C., Saini, S., & Mathew, S. (2014). Virulence Factors Contributing to Pathogenicity of *Candida tropicalis* and Its Antifungal Susceptibility Profile. **International Journal of Microbiology**, 2014, 1–6.
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Pereira, M. M., Oliveira, S. K. M., Silva, G. P., & Hernández, C. I. V. (2011). Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista CEFAC**, 13(6), 1103–1108.
- Gómez, G. J. A., Camacho, L. V. R., Torres, J. E. B., Gómez, S. M. B., Álzate, D. P. C., Ross, P. A. C., & Arévalo, J. T. H. (2017). Alteraciones en la cavidad bucal en pacientes tratados con radioterapia de cabeza y cuello. Medellín, Colombia. **Revista Odontológica Mexicana**, 21( 2), 87-97.
- Ilkhanizadeh-Qomi, M., Nejatbakhsh, S., Jahanshiri, Z., & Razzaghi- Abyaneh, M. (2020). Aspartyl Proteinase and phospholipase Activities of *Candida albicans* Isolated From Oropharyngeal Candidiasis in Head and Neck Cancer Patients. **Jundishapur Journal of Microbiology**, 13(9), 10522.
- Jahanshiri, Z., Manifar, S., Moosa, H., Asghari-Paskiabi, F., Mahmoodzadeh, H., Shams-Ghahfarokhi, M., & Razzaghi- Abyaneh, M. (2018). Oropharyngeal candidiasis in head and neck cancer patients in Iran: Species identification, antifungal susceptibility and pathogenic characterization. **Journal de Mycologie Médicale**, 28(2), 361–366.
- Jham, B. C., França, E. C., Oliveira, R. R., Santos, V. R., Kowalski, L. P., & Freire, A. R. S. (2010). *Candida* oral colonization and infection in Brazilian patients undergoing head and neck radiotherapy: a pilot study. **Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod**, 103, 355-358.

- Luo, G., Samaranayake, L.P., & Yau, J.Y.Y. (2001). **Candida Species Exhibit Differential In Vitro Hemolytic Activities**. *J Clin Microbiol*, 39, 2971-2974.
- Marta, N. G., Hanna, S. A., Silva, S. L. F., & Carvalho, H. A. (2011). Câncer de cabeça e pescoço e radioterapia: breve contextualização. **Diagn Tratamento**, 16(3), 134-136.
- Monden, N., Asakage, T., Kiyota, N., Homma, A., Matsuura, K., Hanai, N. ... Hayashi, R. (2019). A review of head and neck cancer staging system in the TNM classification of malignant tumors. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, 49(7), 589-595.
- Paiva, B. E. D. M., Biasi, R. C. C. G., Moraes, J. J. C., Ângelo, A. R., & Honorato, M. C. T. M. (2010). Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia**, 46(1).
- Pinto, M., & Ugá, M. A. D. (2011) Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Revista de Saúde Pública**, 45(3), 575-82.
- Portaria no 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. (2005). **Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos**. Brasília, DF. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html)
- Price, M.F., Wilkinson, I.D., & Gentry, L.O. (1982) Plate methods for detection of phospholipase activity in *Candida albicans*. **Sabouraudia**, 20(7).
- Quispe, R. A., Cremonesi, A. L., Gonçalves, J. K., Rubira, C. M. F., & Santos, P. S. S. (2018). Case-control study of oral disease indexes in individuals with head and neck cancer after antineoplastic therapy. **Einstein** (São Paulo), 16( 3).
- Ramla, S., Sharma, V., & Patel, M. (2016). Influence of cancer treatment on the *Candida albicans* isolated from the oral cavities of cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, 24( 6), 2429-2436.
- Redding, S. W., Bailey, C. W., Lopez-Ribot, J. L., Fothergill, A. W., Rinaldi, M. G., & Patterson, T. F. (2001). *Candida dubliniensis* in radiation-induced oropharyngeal candidiasis. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, 91(6), 659-662.
- Redding, S. W., Dahyia, M. C., Kirkpatrick, W. R., Coco, B. J., Patterson, T. F., Fothergill, A. W., Rinaldi, M. G., & Thomas Jr, C. R. (2004). *Candida glabrata* is an emerging cause of oropharyngeal candidiasis in patients

- receiving radiation for head and neck cancer. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, 97(1), 47–52.
- Roguli, A. A., Brzak, B. L., Boras, V. V., Brailo, V., & Milenovic, M. (2017). **Oral complications of head and neck irradiation**. *Libri Oncol*, 45(2-3), 89–93.
- Rothwell, B. R. (1987). Prevention and treatment of the orofacial complications of radiotherapy. **The Journal of the American Dental Association**, 114, (3), 316–322.
- Santos, P. S. S., Cremonesi, A. L., Quispe, R. A., & Rubira, C. M. F. (2017). The impact of oral health on quality of life in individuals with head and neck cancer after radiotherapy: the importance of dentistry in psychosocial issues. **Acta Odontol. Latinoam.**, 30,62-67.
- Sari, J., Nasiloski, K. S., & Gomes, A. P. N. (2014). Oral complications in patients receiving head and neck radiation therapy: a literature review. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 62(4), 395–400.
- Shrestha, M., Boaz, K., Srikant, N., & Shakya, A. (2014). An assessment of *Candida* I colonization and species differentiation in head and neck cancer patients receiving radiation. **J Nepal Health Res Council**, 12(28), 156-61.
- Suryawanshi, H., Ganvir, S. M., Hazarey, V. K., & Wanjare, V. S. (2012). Oro-pharyngeal candidosis relative frequency in radiotherapy patient for head and neck cancer. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, 16(1), 31-37.
- Taverna, C. G., Bosco-Borgeat, M. E., Murisengo, O. A., Davel, G., Boité, M. C., Cupolillo, E., & Canteros, C. E. (2013). Comparative analyses of classical pHenotypic method and ribosomal RNA gene sequencing for identification of medically relevant **Candida species**. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 108(2), 178-185.
- Teixeira, M. F. S., Fernandes, O. C. C., Herrera, A. M., & Durán, N. (1996). Determinação qualitativa de proteases: método de cup- plate modificado. **Revista UFAM**, Série: Ciências da Saúde, 4/5 (1/2), 39-45.

# Saúde e globalização na floresta urbanizada: os desafios de Ponta de Pedras – Ilha do Marajó – Pará



**Viviana Mendes Lima**  
**Lucas de Sousa Santos**  
**Helena Ribeiro**

**A**

Amazônia contém uma diversidade rica em flora e fauna, que passa por um processo constante e dinâmico de mudança.

Enquanto em nível global a Amazônia se transforma em fronteira do capital natural do uso científico-tecnológico da natureza, a dinâmica da economia, do uso da terra e do planejamento no Brasil tem ainda maior influência no novo significado geopolítico da região em nível doméstico: ela tende a não ser mais a grande fronteira de expansão territorial demográfica e econômica nacional (Becker, 2006, p.73).

Ao longo dos anos, o processo exploratório se deu por meio de diversos ciclos econômicos, e mudou com novos produtos voltados para a exportação a serviço do capital externo, como o açaí, e as frutas nativas desta região (Lima, 2017). Somada às transformações da paisagem natural, a urbanização se consolidou na região, impulsionada por uma política governamental desenvolvimentista que teve por objetivo superar o vazio demográfico, visando estabelecer uma integração nacional e uma ocupação mais intensa. Na análise de Endlich:

(...) o Brasil urbano compõe-se de realidades bastante díspares. As cidades brasileiras, de maneira geral, expressam as contradições presentes no processo de urbanização do país, que produziu uma espacialidade adequada ao desenvolvimento econômico, mas descompassada de um ritmo e de condições humana e social apropriadas. Após algumas décadas de extrema concentração demográfica, os últimos censos vêm demonstrando novas tendências no comportamento da população (Endlich, 2009, p.26).

Mediante as transformações, estimuladas por um fluxo migratório do rural para o urbano, foram surgindo as médias e pequenas cidades. Processou-se, na região Amazônica, um intenso fluxo migratório, aliado à exploração econômica, que resultou na maior taxa de crescimento urbano no país, concomitante à veiculação dos valores da urbanização para a sociedade. O que, a partir da década de 1980, foi denominado de “*Floresta urbanizada*” (Becker 2006, p.73). Diversos problemas surgiram ocasionados por uma falta de planejamento urbano e regional adequado, especialmente de políticas públicas para suprir as necessidades de infraestrutura, de serviços de saúde, de saneamento básico e de moradia. A falta de saneamento básico adequado, em especial para a população ribeirinha, comprometeu o meio ambiente e a sustentabilidade. A falta de estradas que permitissem escoar a produção e fortalecessem o comércio local/regional/nacional é outra característica da região, que depende quase que totalmente do transporte fluvial. Os desafios são muitos, e a “*natureza súbita e acidental do crescimento urbano na Amazônia tem implicações importantes para a qualidade dos ambientes urbanos na região*” (Perz, 2000, p.12).

O tempo-espaço das transformações do capitalismo e do meio-técnico-científico informacional (Santos, 2013) na Amazônia se difundiram na capital e em algumas cidades amazônicas, considerando que cada lugar tem sua lógica da eficácia e do lucro. Entender a realidade e seu reatamento sobre a saúde da população das pequenas cidades da Amazônia diante desta complexa realidade é o objetivo deste capítulo. Foi feito um estudo de caso no município de Ponta de Pedras, localizado na ilha de Marajó, no estado do Pará, para retratar o processo de produção da saúde na região.

De acordo com Costa *et al.* (2012, p.60),

as pequenas cidades são predominantes na Região Amazônica, a população urbana regional é muito polarizada, ou seja, em 2000, 41% da população urbana da região residia em 1% dos municípios da Amazônia, naquelas cidades consideradas grandes (ou com mais de 200.000 habitantes). Em 2010 ocorreu uma queda dessa polarização, e 31% da população urbana residia em 1,5% dos municípios, em cidades com mais de 200 mil habitantes.

Endlich (2009) refere-se à necessidade do olhar para as pequenas cidades, compreender as dinâmicas dessas localidades e suas particularidades.



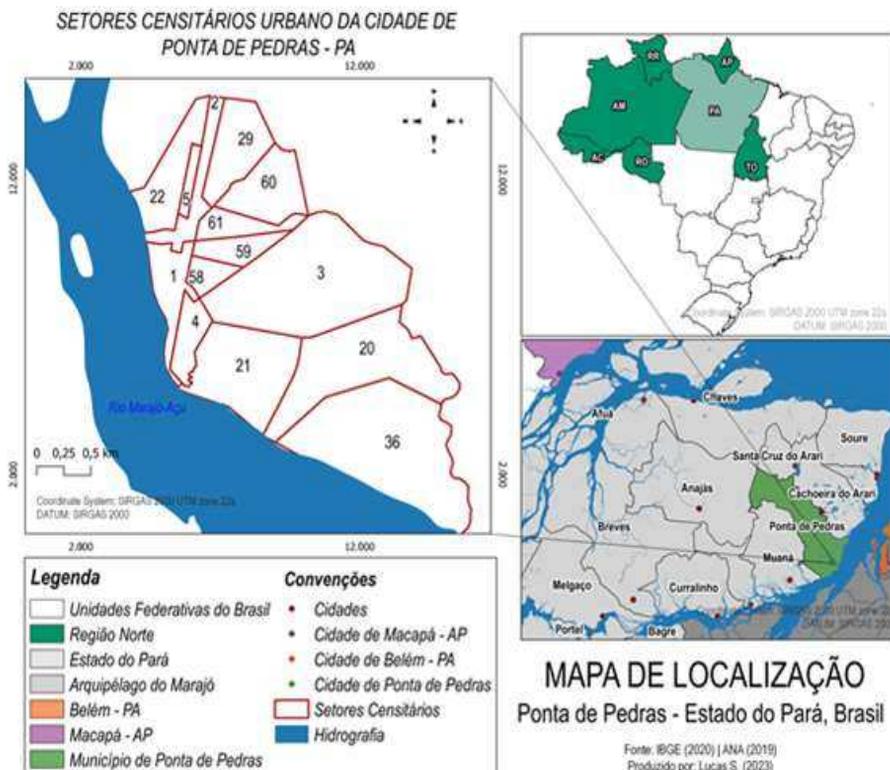
## LOCAL DE ESTUDO

O município de Ponta de Pedras localiza-se a latitude 01°23'25''Sul e longitude 48°52'16''oeste, na Ilha do Marajó, no Delta do rio Amazonas, inserido na

Amazônia Legal brasileira, no estado do Pará. A figura 1 ilustra a característica espacial do município ribeirinho.

A Amazônia brasileira vivenciou programas desenvolvimentistas com subsídios públicos e privados. A Amazônia Legal brasileira ocupa 59% da área total do país o que corresponde a 5.217.423km<sup>2</sup> e foi instituída no âmbito da jurisdição em 1953, no Plano de Valorização Econômica da Amazônia (Brasil, 1953). Ela engloba a totalidade dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins e parte do Estado do Maranhão. Apesar de sua grande extensão territorial, a região tem apenas 21.056.532 habitantes, ou seja, 12,4% da população nacional e a menor densidade demográfica do país (cerca de 4 habitantes por km<sup>2</sup>). Nos nove estados residem 55,9% da população indígena brasileira, cerca de 250 mil pessoas (Brasil, 2023).

**Figura 1:** Localização da área de estudo - Ponta de Pedras e os Setores Censitários Urbanos.



**Fonte:** IBGE, 2020, ANA (2029). Produzido por Lucas S. (2023).

A precariedade de infraestrutura e de políticas públicas efetivas persiste em grande parte dos municípios amazônicos, em particular nas áreas urbanas. O desmatamento ao redor das cidades compromete a flora e a fauna. Para Lima (2017), o fator ambiental é relevante nesta região do país. A degradação ambiental se reflete nas condições de saúde dos moradores locais, por inúmeros fatores. Saccaro Junior, Mation & Sakowski (2015, p.11-12):

Avaliam que os impactos do desmatamento nos municípios da Amazônia Legal brasileira estão associados às doenças de notificação compulsória... Doença de Chagas, por animais peçonhentos, dengue, esquistossomose, febre tifoide, leishmaniose americana tegumentar, leishmaniose visceral, malária, sarampo, rubéola têm relação direta com o desmatamento e, por sua vez, interferem na condição de saúde da população destes ambientes.

A região do Delta do Rio Amazonas é composta por 49 cidades, sendo 9 localizadas no Estado do Amapá e 40 no Pará. Das 49 cidades, 34 são consideradas pequenas, ou seja, têm menos de 21 mil habitantes (68%) (Costa *et al.*, 2012).

O município de Ponta de Pedra é formado de terra firme e várzea, que sofre influência do Rio Marajó-Açu, uma malha hídrica importante para a região. Neste rio ocorrem alterações durante nas estações de verão e inverno, que modificam a dinâmica da cidade e o modo de vida dos moradores ribeirinhos. Há uma forte dependência econômica, cultural e de mobilidade deste recurso natural, principalmente nas viagens a Belém, a capital do estado, com a qual há uma forte relação econômica. Se localiza a 40 km, em linha reta da capital, na região do estuário do Rio Amazonas, a três horas e trinta minutos de barco. Em Belém, capital do Estado, os moradores compram produtos duráveis, industrializados e materiais de construção que abastecem os comércios locais. No inverso deste movimento econômico, há um escoamento da produção local, como camarão, peixe, açaí, palmito e demais produtos típicos desta região que são vendidos ou trocados por outras mercadorias em Belém.

O município apresenta um ecossistema diverso de fauna e flora, e a prática da pesca e o plantio/cultivo do açaí representam fontes de renda para a população local. O estado do Pará é o maior produtor de açaí do mundo e Ponta de Pedras responde por 12% desta produção (Lima, 2017). Dados da Produção Agrícola Municipal (IBGE, 2020) indicaram 12.764 toneladas de açaí/ano. Este ambiente natural tem sofrido degradação com o modelo de desenvolvimento predatório que depende dos recursos extraídos deste bioma (Lima, 2017).

Dados do IBGE (2021) indicam que a população residente de Ponta de Pedras é de 32.007 habitantes, sendo 47,82% da população urbana e 52,18% da população rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

de 2010 era de 0,562, apresentando uma melhora de 1991, quando era 0,335 (IBGE, 2021). Considerando a realidade e as necessidades locais, isso demonstra um singelo investimento em políticas públicas, mas que precisa ser visto com cautela, porque muito ainda deve ser feito para que os indicadores do município saiam da condição de médio, para alto em desenvolvimento e se reflitam na saúde.



## METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa foi resultado da tese de doutorado produzida em parceria do Laboratório Lab Geo, do departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Laboratório de Estudos das Cidades da Univap - Universidade do Vale do Paraíba por (Lima, 2017). Esteve inserida em projeto mais amplo intitulado *“Importância das Pequenas Cidades na Rede urbana da Amazônia: Crescimento Urbano, Relações Sociais e Políticas”* financiado pelo CNPq e Fapesp, sob a Coordenação da Professora Sandra Maria Fonseca da Costa da UNIVAP.

Foram coletados dados primários da população do município, por meio da aplicação de formulários, em trabalho de campo no período de julho de 2014, julho de 2015 e janeiro e julho de 2016. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob o número 3.100.314. O formulário aplicado à população teve como critério escolhido o chefe do domicílio, com o objetivo de identificar o perfil socioeconômico dos moradores, renda familiar, grau de escolaridade, idade, tempo de moradia na residência, bens de consumo, hábitos alimentares e tipos de alimentos consumidos, posse de equipamentos eletroeletrônicos, destinação do lixo, hábitos culturais, infraestrutura, condições dos domicílios, condições de saúde e acesso a serviços de saúde, qualidade de vida e lazer (Lima, 2017). Foram aplicados 320 (trezentos e vinte) formulários, sendo 68 na zona rural e 252 na zona urbana.

Adicionalmente, foram coletados dados públicos junto aos órgãos institucionais, feitas entrevistas com agentes públicos, tiradas fotografias do local de estudo, e obtidas outras informações pertinentes para a pesquisa. As pesquisas das pequenas cidades estão embasadas nos estudos das ciências sociais, descritos por (Gil, 2009) como fenômenos humanos que não ocorrem de acordo com uma ordem semelhante à observada no universo físico, o que torna impossível a sua previsibilidade.

A população está distribuída espacialmente em 3.096 domicílios urbanos em Ponta de Pedras na Ilha do Marajó (IBGE, 2010) e utilizou-se uma amostragem aleatória simples de 10% dos chefes de família. Tabela 1, adaptada de

Krejcie & Morgan (1970), indica números de domicílios por setores censitários do município que compuseram a amostra.

**Tabela1:** Amostra por Setores Censitários Urbanos de Ponta de Pedras de 2010.

SETORES	NÚMERO DE DOMICÍLIOS EM 2010	% DA AMOSTRA DE FORMULÁRIOS
1	247	28
2	492	57
3	342	39
4	290	33
5	221	25
6	350	40
7	354	40
20	279	32
21	253	29
22	268	30
TOTAL	3096	320

**Fonte:** Adaptado de IBGE (2010) - Autora (2016).

Optou-se por uma amostra estratificada viável, considerando a realidade local, em especial as comunidades ribeirinhas onde as moradias são de difícil acesso pela localização geográfica.



## A SAÚDE DA POPULAÇÃO E SEUS PRINCIPAIS DETERMINANTES

As pequenas cidades do Delta do Amazonas caracterizam-se principalmente pela precariedade em infraestrutura urbana e em serviços públicos ofertados à população, que se refletem nos indicadores de saúde. Lima (2017) afirma que os aspectos de degradação ambiental, no âmbito urbano, são agravados e ao mesmo tempo agravam os problemas sociais, principalmente aqueles relacionados com a pobreza. A pobreza e a degradação ambiental estão intrinsicamente relacionadas na cidade de Ponta de Pedras, a qual, apesar da distância de grandes centros urbanos, apresenta problemas de saúde pública e de degradação ambiental semelhantes aos de cidades maiores, além daqueles típicos de pequenas cidades (Lima, 2017).

Pesquisa com moradores indicou o descontentamento com os serviços prestados, sobretudo de saúde, que lideram as reclamações e foram consi-

derados insatisfatórios por 67% dos entrevistados. Dentre os motivos para se deslocarem por três horas e meia de barco até Belém, 74% dos entrevistados o fazem mensalmente, e 44% o fazem exclusivamente por questões de saúde. Isto denota uma necessidade de atendimento especializado que o serviço de saúde municipal não oferece. Há a busca por médicos especialistas tais como: pediatras, neurologistas, ortopedistas entre outros, fora do território. A cota de 20% dos especialistas disponibilizadas pelo governo do estado do Pará aos moradores do município para estes atendimentos é muito baixa e não atende a todos que carecem, considerando que o adensamento urbano está aumentando e a demanda por estes serviços, também.

O município é marcado pela sobreposição de enfermidades decorrentes de condições de vida precárias, baixo acesso a medidas de prevenção e controle e atendimento precário dos serviços de saúde.

Ademais, moradias em madeira, características da região Amazônica, são as mais comuns no município (80% das casas), por serem economicamente viáveis e não dependerem de materiais de construção de áreas distantes, que teriam que ser transportados por barco. Boa parte delas é construída em palafitas, para se adequar às cheias dos rios. O acesso a estas moradias é feito por pontes de madeira, frequentemente em mal estado de conservação. O lixo e efluentes domésticos, em grande parte da cidade alagadiça, são despejados na água que cerca as casas e ficam muito expostos, sobretudo na maré baixa.

A carência de saneamento básico é outro determinante importante da má saúde no município. Este fenômeno é sobretudo observado na região Norte do país, conforme dados do Instituto Trata Brasil (2015), na Região Norte apenas 16,42% do esgoto é tratado, a pior situação entre todas as regiões.

Apesar de Ponta de Pedras estar inserida na maior bacia hidrográfica do mundo, o acesso à água potável ainda é um sonho distante de muitos moradores. De acordo com IBGE (2010), 20,3% das residências recebiam água encanada na área urbana. Já em pesquisa de campo (Lima, 2017), 75% dos entrevistados na área urbana afirmaram ter acesso à água da Companhia de Saneamento Básico do Pará (COSANPA), mas não acreditavam ser tratada e própria para consumo. Cerca de 10% alegaram que utilizam água do vizinho ou de poço artesanal disponibilizada de forma precária. Na zona rural 90% da população utiliza água do rio ou igarapés e 10% armazenam água em galões, que busca em pontos da cidade. Há reclamações de constante falta de água no encanamento, o que leva ao armazenamento de água em baldes, bacias e galões de forma inadequada, propiciando proliferação de mosquitos. Poucos avanços ocorreram no município desde então, e as demandas ainda permanecem. Ambientes como estes se tornam propícios para os problemas de saúde. Buss (2000) afirma que nestes locais de moradias as fontes de abastecimento

por poços rasos, as nascentes próximas às fossas e esgotos a céu aberto são grandes focos de doenças de veiculação hídrica.

A população demonstra uma preocupação com a saúde, 65% dos entrevistados (Lima, 2017) alegam não confiarem na qualidade da água, esta porcentagem se amplia no rural para 80%. Eles realizam “*tratamentos caseiros*” para o consumo da água e armazenam a água para consumir, beber e cozinhar. Costumam “*ferver*” a água (3%), filtrar (16%) e, também, desinfetar com o hipoclorito de sódio (43% na zona urbana e 72% na rural), distribuído pela Equipe de Saúde da Família.

Para as comunidades rurais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visitam as casas e levam o hipoclorito, mas os moradores alegam que não é uma ação constante. Segundo instruções no rótulo do produto, deve-se adicionar 2 gotas de solução de hipoclorito para cada litro de água, aguardar no mínimo 30 minutos antes de consumir, sendo os moradores responsáveis por esta ação. Nas entrevistas, muitos moradores declararam não fazer uso adequado deste produto, alegaram se esquecer dos procedimentos corretos e disseram que o produto “*altera*” (grifo nosso) o sabor da água, deixando gosto ruim, o que compromete a eficácia do procedimento.

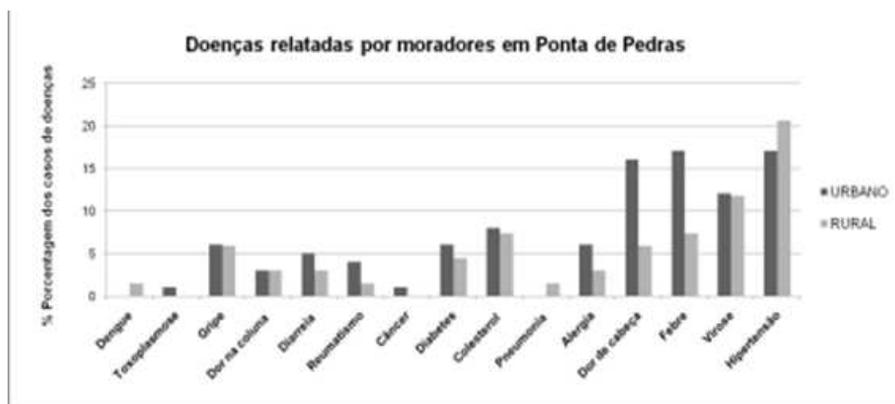
Quanto ao esgoto, a prática mais comum é o despejo no rio ou igarapé, contaminando a água. Não há sistema de coleta de esgoto. A fossa é usada por 32% dos domicílios na zona urbana, sobretudo naqueles em terra firme. Todos entrevistados responderam não ter recebido orientações para a construção das fossas, e as construíram por iniciativa própria e com apoio de vizinhos e parentes. A água usada para despejo de dejetos é usada para lavar roupas, limpeza das casas, pesca e banho das crianças. Quanto ao lixo, 21% dos entrevistados queimam na zona urbana e 98% na zona rural, alegando ser melhor do que jogar no rio. Há, também, um lixão a céu aberto em área de preservação ambiental, próxima à cidade.

Em Ponta de Pedras, as doenças relacionadas à veiculação hídrica mais relatadas por moradores foram diarreia, com incidência de 5% no urbano e 3% no rural, seguida de virose com 12% no rural e urbano. Figura 2 mostra os principais agravos à saúde relatados pelos entrevistados em Ponta de Pedras. Podemos observar que, dentre os agravos referidos, há uma predominância de doenças relacionadas à vida urbana, como hipertensão arterial, diabetes, níveis elevados de colesterol, (cefaleia) dor de cabeça.

Os moradores reclamam da falta de médico e de remédios para o tratamento das doenças, em especial na área rural, onde a precariedade é mais severa. Relatam que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) nem sempre tem os remédios necessários e a compra é muito cara. Os moradores reclama-

ram bastante do atendimento dos ACS, disseram que não providenciam os remédios necessários, não agendam consultas, ou seja, negligenciam suas reclamações da falta de atendimento em saúde. No caso dos moradores das comunidades rurais, na maioria das vezes, os ACS são os únicos profissionais e atuam como intermediadores entre a população e a rede de saúde. Orientam a respeito da promoção em saúde e prevenção dos agravos e doenças. Essas ações são relacionadas à atenção primária em saúde e, apesar de sua importância, são limitadas em sua resolutividade para algumas demandas locais.

**Figura 2:** Agravos à saúde referidos a partir de diagnóstico médico por moradores em Ponta de Pedras.



**Fonte:** Lima, 2017.

A população vem apresentando um perfil epidemiológico de transição, assim como mudou seus hábitos de vida, adotando usos e costumes de populações urbanas menos saudáveis. As doenças crônicas não transmissíveis passam a ter papel de importância no perfil epidemiológico de populações que se urbanizam por distintos determinantes. Os moradores de Ponta de Pedras entrevistados têm uma percepção dos possíveis motivos que os levaram a ficar doentes, mas mais de 45% dos moradores no urbano e 65% da zona rural não souberam responder a esta questão. Dentre as causas percebidas, destacam, em ordem de classificação: as mudanças climáticas, as alterações no tipo de alimentação, a má qualidade da água, a falta de higiene, estresse, herança familiar e excesso de trabalho.

A mudança no padrão alimentar da população ribeirinha tem interferido no perfil de saúde dos moradores. Nas entrevistas, relataram que as famílias haviam mudado seu hábito alimentar, 5% no urbano e 9% no rural. As respostas

positivas são de jovens que se alimentam de lanches e “guloseimas”, segundo o responsável pelo domicílio. Questionados se haviam trocado açaí, peixe e tapioca por outros alimentos, poucos chefes de família responderam de forma afirmativa, mas que os netos e filhos sim. Os adultos afirmaram não trocar o peixe e açaí por nada. Durante a pesquisa de campo, verificamos a chegada por barco de muitos produtos industrializados e embutidos no município, também encontrados para venda nos pequenos comércios locais.

Em trabalho de campo perguntamos o que eles mais compravam no mês para compor a alimentação doméstica. Além dos mantimentos básicos, como arroz, feijão, óleo, sal, açúcar, indicaram, dentre os moradores urbanos: macarrão/miojo 85,7%, iogurte 65%, refrigerante 58,8%, enlatados 49%, cereais 44,4%, balas 35,6%, ketchup, mostarda, maionese 28%, salgadinho 24%. A justificativa para a compra foi a possibilidade de comprar fiado na venda e a facilidade de conservar o alimento.

A entrada na dieta da população de carnes de frango, embutidos, salsicha, mortadela, presunto, queijo, carnes enlatadas ainda é restrita a 2 a 3 vezes ao mês, ou uma vez por semana. No entanto, pouco a pouco, os moradores mais jovens vão adotando um padrão nutricional que se assemelha ao das grandes cidades. Alimentos com baixo teor de gordura como farinha e peixes de água doce, consumidos tradicionalmente pelos ribeirinhos, vêm sendo substituídos por itens alimentares industrializados e com maior teor de gordura, sódio e açúcar.

## OS DETERMINANTES DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Tais informações foram apresentadas na finalidade de verificar o quão é desafiador pensar em políticas públicas e metas a serem alcançadas pelos municípios, considerando as disparidades sociais e econômicas, impostas pelo desenvolvimento econômico, muitas vezes, pautados no modelo de “*globalização perversa*” (Santos, 2003).

A Amazônia Legal brasileira representa a riqueza de um ecossistema que vem sendo explorado por grandes e médias empresas, ampliando a degradação em particular dos pequenos e médios municípios, como no caso de Ponta de Pedras, com a produção e extração do açaí para exportação. À exploração, se soma uma ausência de políticas de Estado, ou, quando existentes, fragmentadas em atuação. Becker (2007) constata, em sua vasta pesquisa sobre a Amazônia, que tal fato ocorre devido à dinâmica de urbanização recente, ainda em fase de estruturação. Com a dinâmica das transformações na região, para Lima (2017), os gestores e o capital hegemô-

nico passaram a considerar o urbano como aspecto importante em termos de produtividade econômica, social e política. Essas mudanças na Região da Amazônia Legal possibilitaram que as cidades se tornassem importantes ambientes, dentro do espaço regional, especialmente as pequenas cidades. Segundo Oliveira (2006, p. 7) essas cidades *“possuem fraca ou nenhuma infraestrutura e têm como base econômica o repasse de recursos públicos e, embora apresentem a estrutura de cidade, carecem de atividades caracterizadas como urbanas”*.

A permanência dos problemas sanitários, ligados à precariedade na infraestrutura, juntamente com a permanência das endemias, e o vírus da SARS-CoV-2 trouxeram desafios da globalização, estimulada pela desigualdade econômica e política. Há complexidades em todos os níveis de ação global. Lima (2017) destaca que se faz necessário entender a caracterização da cidade ribeirinha, que vai além da sua localização geográfica, e possui um fator de dinamismo econômico e cultural. No aspecto da renda, a pesquisa de Lima (2017) em Ponta de Pedras revelou que, no urbano, a média de salário estava entre 1 a 3 salários mínimos SM, em função da possibilidade do morador desenvolver diversas atividades como autônomos e pequenos serviços conhecidos como *“bicos”*. Segundo relatos dos moradores, para ajudar no orçamento doméstico, parte de aposentados e funcionários públicos realizam atividades extras, concorrendo com o expressivo número de desempregados, na sua maioria jovens.

O município não tem uma oferta de emprego que possa atender à demanda, uma realidade comum em muitas outras localidades. Assim, a informalidade é comum, e a absorção da mão-de-obra difícil, em especial dos jovens. Nas entrevistas muitos moradores alegaram que no município não há oferta de emprego, os poucos lugares formais de trabalho já possuem seus empregados fixos. Contudo, para Costa *et al.* (2012) essas pequenas cidades, apesar da economia frágil e carências em infraestrutura, cumprem um papel importante na rede urbana da Amazônia. A informalidade predomina igualmente nas muitas outras pequenas cidades, que dependem de repasse dos recursos federais e estaduais para se manterem.

Um fator que interfere na dinâmica econômica da oferta formal de emprego é o baixo nível de escolaridade. Os dados da pesquisa apontaram que, na área urbana, menos de 22% da população em idade escolar concluiu o Ensino Médio (1º ao 3º ano), na zona rural, menos de 10% conseguiram finalizar os estudos, alegando não terem tido condições de estudar porque tinham que trabalhar para sustentar a família. Guimarães *et al.* (2020, p.3-4) afirmam que:

a baixa escolaridade dos ribeirinhos pode implicar diretamente no modo pelo qual sua saúde é gerida. Além disso, retrata a

necessidade de ações específicas que considerem a realidade local e o contexto educacional. Historicamente, as populações rurais em todo mundo são destituídas de condições favoráveis à melhoria da qualidade de vida, o que inclui o acesso à educação, saúde, água potável e saneamento.

No caso dos jovens, disseram que a unidade escolar da comunidade oferta só o ensino fundamental 1, depois é necessário se deslocar até o centro, em viagem diária a Ponta de Pedras, e muitos não têm recursos econômicos para o deslocamento e para o lanche.

Ainda como resultado da pesquisa de Lima (2017), em Ponta de Pedras, dados do relatório Bolsa Família e Cadastro Único do Município, mostravam que o número de famílias beneficiadas com o programa era de 4.524 no total, equivalente, aproximadamente, a 48,58% da população total do município, incluindo 1.977 famílias que, sem o programa, estariam em condição de extrema pobreza. O bolsa família representa uma das fontes de renda para muitas famílias, que vivem em várias pequenas cidades, da região da Amazônia. Em 2023, 7.208 famílias estavam cadastradas, sendo que, entre os beneficiários, há predominância do sexo feminino (52,61%), comparada a do masculino (47,39%). As faixas etárias predominantes estão entre 0-4 anos (50,33%) e 35-39 anos (59,65%) (Brasil, 2023). Segundo dados do Governo Federal, em 2008, aproximadamente 45% das famílias dos municípios da Amazônia Legal eram beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, representando uma fonte importante de renda para muitas. No município de Ponta de Pedras, moradores relataram receber este benefício associado a outro benefício, como o seguro defeso.

Para Vogt *et al.* (2022, p.3-4):

A pobreza na Amazônia Legal apresenta características distintas do fenômeno no resto do Brasil. Dentro da dimensão da pobreza, a região da Amazônia Legal também apresenta um alto índice de crianças vulneráveis. O que indica uma problemática em relação a perpetuação da pobreza crônica na região. Enquanto o indicador em 2010 no país foi de 49% aproximadamente a média da região foi de 60%.

Ao considerarmos as problemáticas já existentes, com a Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, as realidades que estavam preocupantes tornaram-se mais agravantes. O município, como muitos outros no país e na Ilha do Marajó, enfrentaram os diversos problemas da falta de recursos, precariedade nos atendimentos, óbitos entre outros desafios que a pandemia impôs. Estudo desenvolvido por Vieira *et al.* (2020, p.3-4), a partir dos dados gerados pelas (Prefeituras locais e a SESP – Secretaria de Saúde

do Estado do Pará – Compilado pela Agência Marajó Notícias/Campanha Marajó Vivo), permitiu verificar o quanto Ponta de Pedras está deficiente em políticas públicas em saúde:

O Marajó, território de 10,4 milhões de hectares, composto por 16 municípios e com 564 mil habitantes, em 2019, possui os piores indicadores socioeconômicos do Pará e do Brasil. Alguns municípios têm 20% da população sem qualquer tipo de rendimento. A pandemia no Marajó iniciou em 14 de abril, quando houve o primeiro registro no município de Afuá {...} se espalhou rapidamente por todos os 16 municípios paraenses. O número de casos e óbitos pela Covid-19 registrados em 31/05/2020, nos municípios do Marajó, apontam para Ponta de Pedras (107) casos, sendo (04) óbitos totalizando, ao logo da pandemia até o presente estudo, (344.25) casos para 100 mil habitantes, sendo (12.87) óbitos por 100 mil habitantes. Os equipamentos disponibilizados e capital humano no sistema hospitalar do Marajó/PA, não atenderam a demanda necessária, segundo o DATASUS (2020), o município contou com (0) respiradores; (2) médicos de UTI; (0) UTI e (13) Leitos clínicos (Vieira *et al.*, 2020, p. 3-4).

Como resultado do estudo, nota-se uma pequena cidade em transformação constante, considerando sua dinâmica do rural para o urbano. Entretanto, há uma morosidade do poder público nas escalas local, regional e nacional nas ações que possam efetivar a realização das políticas públicas, que possam reverberar na qualidade de vida da população, em especial a mais vulnerável. A demanda por saúde e emprego lidera a solicitação dos moradores, em particular dos jovens e idosos, que na pesquisa de campo nos revelaram tais necessidades. Mas as questões são muito mais amplas, em todas as esferas da vida cotidiana: partem da moradia inadequada, da carência de infraestrutura urbana, da ausência de serviços e infraestrutura de saneamento, passam pela carência de educação universal e de qualidade, por falta de emprego digno e se completam na falta de serviços e de profissionais de saúde.

Ponta de Pedras é um dos maiores produtores de açaí do país. O açaí é um fruto extraído da natureza pelo homem, que, processado e comercializado, passa a ter um valor de troca e a desempenhar uma função na economia local, regional e nacional. Entretanto, poucas melhorias oriundas dessa comercialização retornam ao município e à sua população, mesmo com a comercialização global da fruta.

O açaí brasileiro, um fruto antes muito consumido e comercializado regionalmente por conta do costume cultural ancestral, ganhou fama internacional. Os indígenas caçadores-coletores consumiam açaí há mil anos. Atualmente, 60% das famílias que recebem até um salário-mínimo no Pará consomem açaí

todos os dias, como alimento de subsistência. Uma típica cuia de açaí com farinha possui cerca de 500 calorias – um quarto das necessidades calóricas diárias de um ser humano médio. O açaí com farinha de mandioca é a base da subsistência da região Norte. Juntos, esses dois alimentos fornecem a base de nutrientes necessários. Entretanto, o açaí passou a ter usos e aplicações diversas na fabricação de medicamentos, cosméticos, sucos, sorvetes e na gastronomia de forma geral.

O açaí, assim como muitos outros produtos nativos de caráter extrativista, necessariamente agrega o valor de comercialização, que, segundo Les-cure *et al.* (1994) compreende um conjunto de sistemas de exploração dos produtos da floresta destinados ao mercado, seja ele local, regional nacional ou global. Existem várias cadeias produtivas econômicas, nos municípios como Ponta de Pedras, mantidas com produtos não madeireiros, advindos da floresta, como açaí, umbu, castanha, ervas medicinais, bacuri, babaçu.

Estes produtos são explorados por uma globalização tecnológica, por vezes perversa, no aspecto competitivo da mercantilização, pois as famílias dessas comunidades ribeirinhas ainda desenvolvem uma produção artesanal. Em 2022, dados do IBGE indicam que este mercado movimentou mais de 1,8 bilhões de reais, sendo o açaí (fruto) responsável por 5.457.635 toneladas produzidas no Brasil e 663.005 toneladas no estado do Pará. Segundo dados da Embrapa (2018), o açaí tem ocupado uma fatia importante no mercado nacional e internacional.

O produto comercializável oriundo do processamento do fruto do açaí é a polpa, que é a principal forma pela qual é oferecida ao mercado, em concentrações que variam de fina (8% a 11% de sólidos), média (11% a 14% de sólidos) e grossa (14% a 17% de sólidos). O Pará é o principal estado produtor, tendo produzido e coletado 1,2 milhão de toneladas em 2016. O Pará, maior estado produtor, é o único que vende parte da sua produção para o mercado externo, embora as quantidades exportadas sejam pouco significativas em relação ao total produzido e comercializado. Em 2015 foram embarcadas quase 6,2 mil toneladas de polpa de açaí, gerando mais de US\$ 22,6 milhões de divisas.

Com a extração e venda do açaí, a população se beneficia com melhorias em suas casas, quando possível, de acordo com informações coletadas na pesquisa. Produtores relatam que, ao ampliar a produção do fruto, melhora a comercialização. Assim têm condições de investirem na moradia, na compra de produtos, bens e serviços, como equipamentos eletrônicos, aparelhos celulares, TV e acesso à internet, redes sociais, entre outros consumos. Essas são algumas das transformações locais associadas à economia da produção e exportação do açaí. Destarte, a produção do açaí possibilita à população do arquipélago do Marajó se conectar fortemente ao processo

de globalização, por meio da dinâmica econômica e da inserção em redes de comunicação. Entretanto, como observado, esta globalização não tem resultado em benefícios ao sistema e aos equipamentos de saúde locais.

Neste sentido, Santos (2003) afirma que este modelo econômico e sua expansão são resultantes de um processo histórico e geográfico global, que impacta de diferentes maneiras as escalas de desenvolvimento, gerando uma desigualdade na sociedade. A globalização como possibilidade é participação efetiva dos chamados mais pobres que vivem nas periferias do mundo, das técnicas, para outro uso e outro significado como um novo jeito de produzir o espaço social.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em políticas de saúde para uma pequena cidade da Amazônia, como Ponta de Pedras, pressupõe pensar em todas as questões de desenvolvimento municipal, regional e global. Sem analisar e enfrentar os determinantes sociais, econômicos e ambientais, as ações isoladas da saúde serão como soprar a ferida. Por outro lado, as singularidades da região do Marajó, em relação ao Brasil e ao próprio estado do Pará, exigem políticas públicas específicas de promoção da saúde à população, e de atendimento médico hospitalar, em razão da dificuldade de deslocamento para consultas e exames.

Os estudos das pequenas cidades da Amazônia são de grande importância. É através desses núcleos urbanos que se compreende toda a dinâmica da vida na floresta. A cidade de Ponta de Pedras representa a realidade espacial e desigual de muitos municípios Amazônicos e as precariedades das condições de saúde da população. As paisagens urbanas e os modos de vida ribeirinhos são resultantes das relações de produção continuamente construídas, com dimensões da sociedade de cada tempo.

Parcerias institucionais entre o governo local, estadual, federal e universidades são essenciais para delineamento de estratégias de mitigação dos riscos e danos à saúde. A participação da população e de lideranças comunitárias se faz necessária, na construção de uma agenda de políticas públicas em saúde, infraestrutura e saneamento básico.

Por fim, ao estudar a Amazônia, observa-se um pequeno município com projeção global, por conta da produção do açaí. Defende-se que essa inserção global também necessita reverberar na solução de seus graves problemas locais.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (1953). Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada - **LEI NO 1.806, DE 6 DE JANEIRO DE 1953 - Publicação Original**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1806-6-janeiro-1953-367342-publicacaooriginalpl.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20o%20Plano%20de,execu%C3%A7%C3%A3o%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias>. Acesso em: 12.abr.2023.
- Brasil. (2023). Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único Painel de Monitoramento do Bolsa Família**. Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/painel.html>. Acesso em: 18.abr.2023.
- Becker, B. K. (2006). **Amazônia: geopolítica na virada do II milênio**. Rio de Janeiro. Editora Garamond.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1.
- Costa, S. M. F. *et al.* (2012). Pequenas Cidades do Estuário do Rio Amazonas: Fluxo Econômico, Crescimento Urbano e as Novas Velhas Urbanidades da Pequena Cidade de Ponta de Pedras. **Redes, Santa Cruz do Sul**. (Impresso), v. 17, n. 2, p. 33-55, set./dez.
- Endlich, Â. M. (2009). **Pensando os papéis e significados das pequenas cidades**. São Paulo: Ed. UNESP.
- Embrapa. (2018). **Cultivo do Açaizeiro (Euterpe oleracea Martius) no Noroeste do Brasil** / Editor técnico, Victor Ferreira de Souza; autores, Abadio Hermes Vieira ... [et al].-- Porto Velho, RO: Embrapa Rondônia.
- Ferreira, D. C.; Luz, S. L. B.; Buss, D. F. (2016). Avaliação de cloradores simplificados por difusão para descontaminação de água de poços em assentamento rural na Amazônia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 767-776, Mar.
- Gil, A. C. (2009). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5a. ed. São Paulo: Atlas.
- Guimarães, A. F.; Barbosa, V. L. M.; Silva, M. P.; Portugal, J. K. A.; Reis, M. H. S.; & Gama, A. S. M. (2020). Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista**

- Pan-Amazônica de Saúde**, 11, e202000178. Epub 21 de maio de 2020. <https://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>
- IBGE. (2006). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Censitários da Região Norte**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/ponta-de-pedras.html>. Acesso em: 12.abr.2023.
- IBGE. (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/ponta-de-pedras.html>. Acesso em: 12.abr.2023.
- IBGE. (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produção da extração vegetal e silvicultura**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1613#resultado> . Acesso em 03.01.2024.
- Instituto Trata Brasil. (2014). **Saneamento no Brasil**. Disponível em < <http://www.tratabrasil.org.br/>>. Acesso em 20 ago.2016.
- Lima, V. M. (2017). Globalização e saúde na Amazônia: um estudo de uma pequena cidade - Ponta de Pedra, Ilha do Marajó, Pará. 2017. **Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade)** - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.6.2018.tde-09102018-140006. Acesso em: 2023-04-18.
- Lescure, J. P.; Pinton, F.; Emperaire, L. (1994). O povo e os produtos florestais na Amazônia Central: uma abordagem multidisciplinar do extrativismo. In: CLÜSENER-GODT, M.; SACHS, I. (Eds). **Extrativismo na Amazônia Brasileira: Perspectivas sobre o desenvolvimento regional**. Compêndio MAB 18- UNESCO, Montevideo, Uruguai, p.61-95.
- Montoia, G. R. M.; Mendes Lima, V.; Carmo, M. B. S. (2022). A geografia como interpretação da urbanodiversidade das pequenas cidades da Amazônia: ambiente e saúde, as tipologias e singularidades e a dinâmica do espaço vivido. In: **VI simpósio nacional sobre pequenas cidades**. ISSN: 2358-2979 - 24 a 26 de agosto. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Campo Grande. Disponível em: <https://eventos.uems.br/pagina/p/simp-sio-nacional-sobre-pequenas-cidades/anais>>. Acesso em: 10.abr.2023.
- Krejcie, R. V., & Morgan, Daryle, W. (1970). **Determining Sample Size for Research Activities. Educational and psychological measurement**, v. 30, p. 607-610.
- Oliveira, J. A. (2006). A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. **Ciência e Cultura**, 58(3), 27-29.

- Perz, S. G. (2000). The Quality of Urban Environments in the Brazilian Amazon. **Social Indicators Research**, v. 49, n. 2, p. 181-212.
- Saccaro Junior, N. L.; Mation, L. F. & Sakowski, P. A. M. (1990). **Impacto do desmatamento sobre a incidência de doenças na Amazônia**. Rio de Janeiro: Ipea.
- Santos, M. (2013). **Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e Meio Técnico-científico-informacional**. 5ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Santos, M. (2003). **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record. 174 p.
- Vieira, I. C. G.; Pereira, F.; Ferraz, D.; & Ramos, C. (2022). **Nota Técnica 01 Panorama da COVID-19 nos municípios do Marajó, Pará**. Disponível em: <https://www.museu-goeldi.br/noticias/nota-tecnica-panorama-da-covid-19-nos-municipios-do-marajo/nota-tecnica-pandemia-marajo.pdf>
- Vogt, C. M.; Da Silva, S. F. M.; Lobo, H. J. F.; Brandão, I. & Alencar, D. A. (2022). Políticas de transferência de renda na Amazônia legal: uma análise do programa renda Pará a partir da matriz insumo-produto. In. **XX Enaber – Salvador**. Disponível em: <https://brsa.org.br/enaber-2022/#artigos> . Acesso em: 18.abr.2023.

# As práticas integrativas e complementares em saúde em Parintins à luz da política nacional de saúde<sup>6</sup>



**Hívila de Oliveira da Silva**  
**Gladson Rosas Hauradou**  
**Dayara Araújo de Negreiros**  
**Patrícia de Paula Barros Moraes**  
**Lorena Rosa Xavier**



## INTRODUÇÃO

**N**este estudo buscamos verificar os limites e possibilidades para a efetiva inserção das Práticas Integrativas e Complementares no sistema oficial de saúde do Município de Parintins/AM, localizado na região do Baixo rio Amazonas, estado do Amazonas, à luz da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Os procedimentos metodológicos adotados constituíram-se em três etapas articuladas entre si: a pré-implementação mediante as pesquisas bibliográfica e documental; a implementação com a pesquisa de campo na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS), ambos localizados em Parintins; e a pós-implementação por meio da seleção e análise dos dados coletados.

A natureza da pesquisa pautou-se na abordagem qualitativa e como técnicas e instrumentos utilizaram-se o diário de campo, a observação assistemática,

---

**6** - O presente estudo é um recorte de parte da pesquisa de mesmo nome vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) realizada entre 2017 a 2018 sob a coordenação do Prof. Gladson Rosas Hauradou e empreendida por Hívila de Oliveira da Silva. Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) à qual estendemos nossos agradecimentos.

roteiro de entrevista e aparelho audiovisual. Entrevistamos seis sujeitos, sendo eles: o secretário municipal de saúde, o coordenador da atenção básica de saúde e quatro conselheiros municipais de saúde.

Incurção teórica acerca das Práticas Integrativas e Complementares no SUS

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, a Saúde passa a compor o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Assistência e Previdência Social. Além de se constituir como *“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (Brasil, 2017, p. 144).

Para a consolidação dessa conquista, emergiram vários movimentos sociais, especificamente no período denominado historicamente como de Ditadura Civil Militar (1964-1985), dentre os quais o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), o qual teve como proposta principal a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. O MRS contou com a participação e articulação de diferentes atores sociais como, por exemplo, os membros dos departamentos de medicina preventiva de diversas universidades (Bravo, 2009).

Nessa perspectiva, observa-se a concepção ampliada de saúde, compreendida como melhores condições de vida e de trabalho, isto é, com destaque nos determinantes sociais, na nova organização do sistema de saúde advinda com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale mencionar, os avanços com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, as quais trouxeram a organização e o funcionamento do SUS e a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, ocasionando maiores mudanças quanto ao modelo proposto pelo SUS (CFESS, 2010).

É importante destacar também a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida 1986 em Brasília, a qual significou um marco histórico para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde onde situamos as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). As práticas integrativas, por sua vez, *“[...] com seu arsenal de recursos, podem contribuir para a integração disciplinar, pois descende de uma tradição milenar de uso continuado e praticamente inalterado dos mesmos recursos tecnológicos [...]”* (Telesi Júnior, 2016, p. 100).

As PICS contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais, também, são denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Medicina Complementar<sup>7</sup> e Alternativa (MT/

---

**7** - Medicina Complementar é o termo utilizado para se referir às práticas médicas originárias da cultura de cada país, como por exemplo a medicina tradicional chinesa, a ayurveda hindu, a medicina unani árabe e a medicina indígena (Sousa *et al.*, 2012).

MCA)<sup>8</sup>. Tais práticas envolvem abordagens que buscam estimular “[...] os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano [...]” (Brasil, 2006, p. 02).

Segundo Barros, Siegel & De Simoni (2007), a legitimação e institucionalização das práticas complementares em saúde teve início na década de 1980, principalmente após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal promovidos pelo SUS. De acordo com Sousa *et al.* (2012) nos anos de 2002 e 2003, documentos e resoluções com orientações para a implantação incluíram quatro pilares fundamentais: estruturação de uma política; garantia de segurança; qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e o uso racional.

A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS teve início a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e da OMS. No ano de 2004, a Política Nacional foi elaborada e coordenada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), esta foi amplamente discutida vindo a ser aprovada pelas principais instâncias de aprovação de políticas de saúde. No entanto, apenas em 2006, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 971, aprovou a referida Política no SUS (Rodrigues & De Simoni, 2012).

Em relação aos Objetivos da PNPIC para o SUS foram enfatizados 04, dentre os quais: incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS; contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às PICs; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras; estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (Brasil, 2006, p. 60).

Referente às Diretrizes Gerais da PNPIC, nomearam-se 11 principais, com a finalidade de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das PICs no SUS, destacaremos algumas delas: estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS; desenvolvimento de estratégias de qualificação em PNPIC para profissionais no SUS; estímulo às ações intersectoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das

---

**8** - O termo MT/MCA significa um conjunto diversificado de ações terapêuticas que se difere da biomedicina ocidental o qual inclui “práticas manuais e espirituais com ervas, partes animais e minerais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados como a acupuntura, reiki, florais, quiropraxia e atividades corporais como o tai chi chuan, yoga, lian gong” (Sousa *et al.*, 2012, p. 2143).

ações; Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde (Brasil, 2006, p. 10-11).

Na PNPIC também são incluídas informações sobre as responsabilidades institucionais dos diferentes níveis de gestão do SUS. Esta prevê para todos os gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal responsabilidades, como: elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde; definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPIC; promover articulação Intersetorial para a efetivação da Política; exercer vigilância sanitária e incentivar estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia e outras (Barros, Siegel & De Simoni, 2007).

Em 2017, após dez anos desde a aprovação da PNPIC, por meio da Portaria nº 849/GM/MS, em 27 de março daquele ano, houve a inclusão de 14 (quatorze) novas PICs no SUS, um avanço significativo para o cuidado em saúde, tendo em vista a integralidade da atenção, acesso a serviços e exercício de cidadania. As PICs incluídas foram: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Brasil, 2017).

Um ano após a inserção das quatorze PICs, o Ministério da Saúde anunciou a incorporação de mais 10 (dez) procedimentos de saúde complementar através da Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Dessa forma, com a inserção das novas PICs, somam-se 29 Práticas Integrativas e Complementares inseridas no SUS, significando um avanço importante no que tange à prevenção e recuperação da saúde (Brasil, 2018).



## **IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE EM PARINTINS: LIMITES E POSSIBILIDADES**

Os termos utilizados para nomear o conjunto de formas de lidar com a saúde não se limitam ao modelo biomédico, mas variam de lugar para lugar, levando em consideração as diferentes realidades e as diversas práticas existentes. No México, por exemplo, usa-se o termo Medicina Complementar e Integrativa; em Cuba, Medicina Natural e Tradicional; nos Estados Unidos e Canadá são nomeadas de Medicina Complementar e Alternativa; e no Brasil, utiliza-se a nomenclatura Práticas Integrativas e Complementares (Sousa *et al.*, 2012).

Tendo em vista atender ao objetivo do presente estudo, visamos apreender o entendimento dos sujeitos investigados acerca das nomeadas PICs. Sobre a questão obtivemos as seguintes respostas, a saber:

Na realidade, a atenção primária, [...] acaba envolvendo várias profissões, ou seja, são equipes multiprofissionais, não sei se é nesse contexto, dessa integratividade, mas são médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, então tudo faz parte da atenção primária hoje [...] (Coordenadora da Atenção Básica, 2018).

As práticas integrativas são uma complementação, que dentro da gestão as ações são utilizadas dentro das políticas públicas, a gente pode observar que há uma complementação em relação a todas as ações pra assistência e saúde do Município [...] (Secretário Municipal de Saúde, 2018).

Notamos nas falas dos sujeitos limitações quanto ao conhecimento acerca das Práticas Integrativas e Complementares enquanto política pública de saúde, direito de cidadania e dever do Estado. Tal questão nos remete ao entendimento da necessidade de reflexão sobre os processos formativos, os limites das formações atinentes à Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>9</sup> (Brasil, 2009). Esse dado é problemático se considerarmos que esta política fora instituída no SUS há mais de doze anos e que, inferimos, já deveria ser parte do “*acervo cultural*” dos profissionais e gestores que atuam na área. Dentre as questões que se poderia formular acerca desse dado estaria a seguinte: as formações em saúde estariam contemplando as PICS?

O Secretário Municipal de Saúde, por sua vez, ao ser instigado a compartilhar sua concepção relativa às PICS, também apresentou limites de conhecimento, alegando se tratar de uma complementação das ações realizadas pela atual gestão. De acordo com a fala do entrevistado, fica evidente seu entendimento limitado em relação às PICS. Requer, portanto, a retomada das reflexões sobre o papel das PICS e de sua inserção no sistema local considerando-se os parâmetros presentes na Política Nacional. Inferimos que, estar na condição de gestor exige deste sujeito a articulação necessária à implementação das PICS, o que pode ser viabilizado por meio da construção de uma agenda local para tratar da questão, pois a qualidade de política pública demanda ações concretas no sentido de inserir a PNPIIC junto ao sistema local de saúde. Esta constatação afeita ao limitado conhecimento sobre as PICS demonstra indícios dos limites impostos à implantação e implementação destas em Parintins.

Buscamos sintetizar, a partir das falas dos pesquisados, “*os limites e possibilidades*” para a efetiva inserção das PICS no sistema oficial de saúde em Parintins. Sobre essa questão, fizeram as seguintes afirmações, a saber:

---

<sup>9</sup> - A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. “Os processos da EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (Brasil, 2009, p.20).

Na minha opinião, ela deve se proceder **exatamente da forma como o município tá propondo**, ela está como proposta dentro do plano de saúde, que é um instrumento de planejamento. E a partir do momento que ela é uma proposta ela vai ser operacionalizada pelas áreas afins [...] (Conselheiro 01, 2018).

Quem é responsável pela implementação é a gestão. A gestão que diz “eu quero implantar no município a política e os critérios são esses”, mas quando a gente implanta um programa, uma ação, um serviço, eu tenho que implantar ele de forma planejada. E aí, eu preciso ter recursos para implantar isso [...] então, a grande questão muitas vezes se esbarra nos **recursos financeiros** [...] (Conselheiro 02, 2018).

Esses atores seriam **em conjunto**, tanto com a estratégia saúde da família, quanto com as organizações populares, com os atores envolvidos que praticam isso, **seria uma parceria com nossos puxadores de ossos, raizeiros, erveiros, as nossas parteiras tradicionais**, inclusive também, o CMS tem o projeto, e nós já temos o material pra realizar a capacitação com as parteiras tradicionais da região do Baixo Amazonas que está em conversa com o Secretário Municipal de Saúde [...] (Conselheiro 03, 2018).

Conforme a fala dos sujeitos, a efetiva implantação/implementação da PNPIC no sistema oficial de saúde envolve um conjunto de atores sociais, particularmente os que fazem parte da gestão do Município. Para eles, um trabalho em conjunto seria o primeiro passo para que essa política se efetive. Todavia, questiona-se o porquê deste trabalho ainda não ter sido realizado? Quais fatores condicionam a não efetivação desta política? Quais de fato são os limites e possibilidades para sua implantação/implementação no sistema oficial de saúde?

Numa perspectiva macrossocial, entende-se que no contexto neoliberal as políticas sociais, em especial as de saúde, sofrem constantes transformações implicando no que Ribeiro (2014) com base em Behring (2003) chamou de “*desregulamentação dos direitos*”, com a redução dos gastos sociais públicos e transferências de responsabilidades para a sociedade civil. Assim, entende-se que a estratégia do Estado brasileiro passa a ser a de se transferir a responsabilidade quanto às intervenções nas sequelas oriundas da forma de ser capitalista, que se manifesta no empobrecimento contínuo da classe trabalhadora, de modo que esta passe a ser responsabilizada por sua condição, reafirmando-se um quadro de competitividade e individualismo.

Para o Conselheiro 01, por pertencer à categoria de gestores municipais, o processo de implantação/implementação das PICs já está ocorrendo a partir do momento que se encontra como proposta dentro do Plano Municipal de

Saúde, o qual se caracteriza por ser um instrumento de planejamento da gestão municipal. Segundo ele, pelo fato de ser uma “*proposta*”, esta será operacionalizada pelas áreas responsáveis como é o caso do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

Para o Conselheiro 02, a Gestão do Município é a grande responsável pela implantação/implementação das PICs nos serviços de saúde, a qual deve fazer uso do planejamento para obter êxito na realização de suas ações, principalmente na operacionalização das políticas. Trata-se de pensar estrategicamente. Sobre o Planejamento Estratégico, Teixeira (2009) afirma que este vem sendo entendido como a “*forma contemporânea de planificação*”, resurgindo com renomada importância no contexto sociopolítico e institucional, nos níveis local, estadual, nacional e mundial, tanto no âmbito da administração pública, quanto no do setor privado.

O Conselheiro 03, por sua vez, aponta como possibilidades de inserção das PICs, as propostas e projetos do Conselho Municipal de Saúde, que conforme ele, já possui os materiais necessários para realizar a capacitação das parcerias tradicionais atuantes no Baixo Amazonas, projeto este que se encontra em fase de desenvolvimento e em parceria com a SEMSA. Para este sujeito, a efetiva inserção das PICs no sistema de saúde do Município, deveria contar com a participação em conjunto de atores sociais e salienta a importância do papel do CMS frente à essa questão.

Nota-se, dessa forma, o quanto se faz necessário a atuação do Conselho Municipal de Saúde no exercício do controle social para que possam assegurar que as políticas públicas de saúde sejam de fato planejadas e operacionalizadas de modo a responder às necessidades sociais. Neste caso particular, por meio da inclusão de pontos de pauta nas reuniões ordinárias à necessidade de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no sistema local de saúde, ou seja, no SUS em Parintins.

Percebe-se, a partir das falas, que as propostas e ações já estão ocorrendo no sentido de inserir as PICs no sistema de saúde, porém verifica-se o quanto as iniciativas são incipientes levando em consideração que se trata de uma política pública institucionalizada há mais de doze anos, somando-se, até o presente momento, 29 práticas integrativas e complementares inseridas na PNPIC. Donde há emergência de tais práticas, se fazerem presentes nos serviços de saúde ofertados pelo sistema de saúde local. Sobretudo, espera-se que as práticas de cura popular possam de fato ganhar status de política pública como um direito social que deve ser efetivado e tornar-se realidade nas redes de atenção à saúde dos municípios, em especial no município de Parintins, por ser um lócus privilegiado da manifestação de saberes tradicionais que vão para além das PICs.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o surgimento da PNPICS, em 2006, o presente estudo se propôs verificar os limites e possibilidades para a efetiva inserção das PICs no sistema oficial de saúde de Parintins. Dentre os limites, destacamos, o desconhecimento acerca da Política por parte de gestores e conselheiros municipais de saúde o que revela a necessidade de maior discussão sobre a questão e requer maior presença da sociedade (dos sujeitos que não estão diretamente ligados à questão, mas que precisam fazer parte do processo mais diretamente) para que a implantação/implementação ocorra segundo os princípios da PNPICS.

Quanto às possibilidades, identificamos algumas iniciativas no sentido desta Política já estar inclusa como proposta no Plano Municipal de Saúde e conter materiais suficientes para desenvolver capacitações com os agentes curadores populares da região, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, tais propostas apresentam-se com certo retardo, quando levamos em consideração o lapso de tempo desde a institucionalização da PNPICS no SUS.

Em suma, identificamos propostas incipientes, frágeis que pouco consideram as especificidades da realidade parintinense. Portanto, salientamos a importância da união de forças dos diferentes atores sociais, dentro da atual conjuntura social, para lutarem pela inserção da PNPICS no sistema local mediante legislações próprias, segundo as tramitações legais que conformam a Política de Saúde no Brasil superando as limitações mencionadas ao longo do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

- Barros, N. F., Siegel, P., & De Simoni, C. (2007). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. In: **Cad. Saúde Pública**. vol. 23, n.12. Rio de Janeiro.
- Bravo, M. I. S. (2009). Política de Saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017). **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Estabelece a inserção de 14 novas PICs no SUS. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. n.60, seção I.

Conselho Federal de Serviço Social. (2010). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS.

Constituição da República Federativa do Brasil – CF. (2017). **Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais**.

Ribeiro, D. S. (2014). **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?** Dissertação (Pós-Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora (MG).

Rodrigues, A. G., & De Simoni, C. (2012). Políticas públicas voltadas à inserção das plantas medicinais e fitoterapia nos cuidados primários em saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Mediciniais e Fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde.

Sousa, I. M. C. *et al.* (2012). Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, 2143-2154.

Teixeira, J. B. (2009). Formulação, administração e execução de políticas públicas. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPSS.

Telesi Júnior, E. (2016). Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. Av. v.30**, n. 86. São Paulo.

# Mulheres indígenas do Alto Rio Negro e a pandemia de Covid-19: aprendizados para a saúde coletiva



**Dulce Meire Mendes Morais**  
**Júlia Kaori Miai Tomimura**  
**Elizângela Silva Costa**  
**Francineia Fontes**  
**Bruno Marques**  
**José Miguel Nieto Olivar**



## INTRODUÇÃO

**E**ste texto origina-se da dissertação de mestrado de Dulce Morais, intitulada *De documentos, cactos e vírus: violência sexual, mulheres indígenas e Estado em São Gabriel da Cachoeira*, defendida em fevereiro de 2022. Também tem como base teórica reflexões sobre cosmopolíticas do cuidado, saúde e natureza em meio à pandemia produzidas a partir da iniciação científica de Júlia Kaori Tomimura realizada em 2022. Ambos os trabalhos estão em discussão com o Estudo de Caso *Mulheres indígenas e cosmopolíticas* do cuidado no Alto Rio Negro realizado em co-autoria com Elizângela Costa, Francineia Fontes, Bruno Marques e José Miguel Olivar no âmbito do desenvolvimento da pesquisa Respostas Indígenas à COVID-19 no Brasil: arranjos sociais e saúde global, e publicado na Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à Covid-19 (PARI-c).<sup>10</sup>

A pesquisa Respostas Indígenas à Covid-19 no Brasil: arranjos sociais e saúde global, buscou compreender como os povos indígenas experienciaram os

<sup>10</sup> - Disponível em: <http://www.pari-c.org/>. Acesso em 05/05/2023.

primeiros dois anos da pandemia. A pesquisa foi desenvolvida de forma remota ao longo de 2021 por uma rede de pesquisadores indígenas e não indígenas espalhados pelo território brasileiro e divididos em microrregiões. Todas as autoras deste capítulo compuseram a parcela da “*Equipe Norte Amazônico*” que se debruçou sobre o território do Alto Rio Negro, especificamente a comunidade de Assunção, localizada no rio Içana, e a cidade de São Gabriel da Cachoeira. A equipe foi coordenada por Bruno Marques e José Miguel Olivar. A metodologia teve como ponto de partida o trabalho de campo de caráter etnográfico realizado por Dulce Morais durante a chegada da pandemia em São Gabriel da Cachoeira (no primeiro semestre de 2020) e o desenvolvimento de seis entrevistas semiestruturadas elaboradas por Dulce Morais e realizadas junto a Elizângela Costa. Como estratégia central da pesquisa, foram produzidas Notas de Pesquisa, elaboradas principalmente pelas pesquisadoras indígenas Elizângela Costa e Francineia Fontes, e também pela agricultora indígena Norma Orjuela e por Dulce Morais ao longo do ano de 2021. Em artigos do dossiê Antropologia, Covid-19 e respostas indígenas no Brasil: reflexões metodológicas e vitais da revista Saúde e Sociedade<sup>11</sup>, Marques *et al.* (2022) e Olivar *et al.* (2022) refletem sobre a multiplicidade de estratégias metodológicas, sobre as possibilidades e implicações da produção colaborativa entre pesquisadores não indígenas e pesquisadoras indígenas, mobilizadas na PARI-c.

Vale dizer que todas as entrevistas da PARI-c foram realizadas e gravadas via Google Meet, com aproximadamente uma hora e meia de duração, e cada uma foi transcrita para que pudéssemos realizar a análise dos dados das entrevistas. Das seis entrevistas realizadas, cinco delas foram com mulheres indígenas do Rio Negro e uma com uma indigenista da região. A escolha por essas mulheres deveu-se às relações próximas que tinham com a “*Equipe Norte Amazônico*” e aos trabalhos realizados por elas no início da pandemia de Covid-19.

O objetivo era realizar uma sequência longa de entrevistas para que pudéssemos ter um “*diálogo de saberes*” em que cada uma das mulheres nos ensinaria um pouco mais sobre suas trajetórias, no curto período de tempo, relacionada a Covid-19. Desse modo, as questões norteadoras das entrevistas buscavam compreender melhor o que cada uma sentiu com a chegada da pandemia; como lidaram com a infecção do vírus; como elas se articularam para a criação de campanha, para a produção e distribuição de máscaras; como se relacionaram e acionaram parceiros locais, nacionais e internacionais para o enfrentamento do vírus. Foi a partir do trabalho de campo, dessas entrevistas e das Notas de Pesquisa produzidas para a PARI-c que pudemos elaborar o Estudo de Caso da “*Equipe Norte Amazônico*” que, por

---

<sup>11</sup> - Dossiê completo Antropologia, Covid-19 e respostas indígenas no Brasil: reflexões metodológicas e vitais. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/i/2022.v31n4/>. Acesso em 15/05/2023.

sua vez, nos ajuda no diálogo para a reflexão de implicações que se relacionam com o campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, o conteúdo das entrevistas realizadas com as mulheres contribuiu para a obtenção de narrativas e para compreendermos, sob a ótica das mulheres indígenas, a chegada e as ações de enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Alto Rio Negro. Assim, as entrevistas proporcionam à elaboração deste capítulo um diálogo de saberes relacionados aos conhecimentos ancestrais das mulheres indígenas e como elas acionaram esses saberes para lidarem com a doença.

Sobre a região estudada, o Alto Rio Negro está localizado no noroeste amazônico e é conhecida por muitos como “*Cabeça do Cachorro*” por causa de seu contorno no mapa em relação as fronteiras com a Colômbia e a Venezuela. Mas também, como nos ensinou uma companheira de etnia Tukano, o entorno do mapa representa a “*Cabeça da Onça*” tendo em vista que esse animal é o mais comum na região. Segundo informações do Censo de 2022, dos 51.795 habitantes do município de São Gabriel da Cachoeira, 48.256 se autodeclararam indígenas, contabilizando 93.17% do total, sendo o terceiro município com maior proporção autodeclarada de pessoas indígenas na população residente por município do país.<sup>12</sup> O município também apresenta uma grande diversidade étnica: são 23 povos indígenas, como Tukano, Tuyuka, Desana, Tariana Baniwa, Baré, Dãw, Hupd’ãh, Yuhupdeh, entre outros, compreendendo mais de uma dezena de línguas distribuídas nas famílias linguísticas Aruak, Tukano Oriental, Naduhupy e Yanomami. A esse conjunto de línguas originárias da região, somam-se ainda o Nheengatu, o Baniwa e o Tukano (línguas co-oficiais do município), além do português e do espanhol. Sua população também é formada por migrantes nordestinos, missionários, funcionários de ONG e órgãos públicos, militares e ex-militares e pessoas da Colômbia e Venezuela. No final do século XX, a luta pela demarcação das Terras Indígenas e a criação da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), em 1987, implicaram em um agenciamento decisivo na reorganização da história colonial da cidade de São Gabriel da Cachoeira e da região do rio Negro.<sup>13</sup>

Pela existência de população indígena no Alto Rio Negro, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), criada em 2002 em conformidade com as determinações das Leis Orgânicas da Saúde e da Constituição Federal de 1988, deve dar assistência às demandas e especificidades em saúde da região. A Política busca a garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) aos povos indígenas, de forma a contornar as vulnerabilidades deste

**12** - Antes de 2022 o último Censo realizado foi o de 2010 em que São Gabriel da Cachoeira era o município de maior população indígena com 76,57% das pessoas autodeclaradas.

**13** - Desde sua criação, a FOIRN luta pela demarcação de terras e, hoje, desenvolve diversos trabalhos em defesa dos direitos e do desenvolvimento sustentável de 750 comunidades indígenas.

grupo populacional, como por exemplo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Segundo a própria PNASPI:

O propósito desta Política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (Brasil, 2002, p. 13).

Ressaltamos aqui que umas das diretrizes fundamentais da Política é a da atenção diferenciada, que *“visa adequar a prestação de serviços à variabilidade das culturas indígenas, prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas”* (Pontes *et al.*, 2015, p. 3200) e *“levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos”* (Brasil, 2002, p. 6). Ou seja, o reconhecimento formal da existência de diferentes formas de atenção, que conformam um pluralismo médico. O princípio de saúde diferenciada leva (ou deveria levar) em consideração a existência de uma multiplicidade de práticas de autoatenção, termo entendido pelo antropólogo argentino Eduardo Menéndez como

as representações e práticas que a população utiliza em nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais (Menéndez apud Pontes *et al.*, 2015).

Contudo, apesar da premissa ser assinalada na Política, autores como Langdon (2004) e Pontes *et al.* (2015) apontam a necessidade das análises e formulações de políticas de saúde no Brasil encararem com seriedade tal diretriz, como se dá sua práxis no cotidiano e como poderia melhorar, de modo a seu funcionamento fazer mais sentido para usuários e profissionais. É indispensável reconhecer este pluralismo médico, a prática e articulação de diversas racionalidades médicas que não somente a ocidental, pois *“para além de dimensões estratégicas e operacionais, ofertar atenção diferenciada significa colocar em interação diferentes visões de mundo em disputa”* (Pontes *et al.*, 2015, p. 3202).

Em termos do que se tem chamado de *“virada ontológica”* no campo das ciências sociais, como por exemplo no *“multinaturalismo”* de Eduardo Viveiros de Castro (2002), não somente diferentes visões de mundo, mas diferentes

mundos são colocados em conexão, resultando em convergências e alianças como também conflitos e desentendimentos (De la Cadena, 2019; De la Cadena & Blaser, 2018; Stengers, 2018). Desta forma, mostra-se importante evocar os conceitos de cosmopolítica da filósofa belga Isabelle Stengers (2018) e, a partir dos indígenas zapatistas, de pluriverso pela antropóloga peruana Marisol de la Cadena junto do antropólogo paraguaio Mario Blaser (2018): enunciar saúde no mundo branco não é a mesma coisa que nos mundos indígenas. Não se trata de estabelecer noções universais como a episteme moderna ocidental impõe, mas de compreender as particularidades e complexidades de cada mundo.

Quando o vírus SARS-CoV-2 chegou a São Gabriel da Cachoeira, as mulheres indígenas — conhecendo seu território — assumiram um protagonismo ativando suas redes na região, especialmente a de apoio e cuidado em torno da violência de gênero, atores institucionais e diversas mulheres não indígenas. Essa rede também conecta afetos, estratégias ancestrais da cultura, estratégias de acessibilidade à informação e, ainda, demonstra os modos particulares como esses eventos se imbricam nesse contexto crítico pandêmico (Olivar *et al.*, 2021; Morais, 2021; 2022).

Assim, buscamos contribuir para uma maior aproximação do campo da Saúde Coletiva à realidade dos povos indígenas rionegrinos, dando mais visibilidade aos modos deles de fazer saúde (sendo aqui relacionada a cuidado) numa confluência entre mobilizações de resistência e produção de vida no crítico contexto da pandemia de Covid-19. Este capítulo trata-se, portanto, de um diálogo entre as pesquisas de Dulce Morais (2022) e Júlia Kaori Tomimura (2022), que revisitam o Estudo de Caso (Costa *et al.*, 2021) no intuito de refletir sobre algumas implicações que se relacionam com o campo da Saúde Coletiva no Amazonas e com as populações indígenas do Alto Rio Negro na pandemia de Covid-19, entre 2020 e 2021.



## A CHEGADA DA PANDEMIA DE COVID-19 EM SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA

A descrição etnográfica e a sistematização dos dados epidemiológicos, presentes nesta sessão, são decorrentes do trabalho de campo realizado por Dulce Morais no primeiro semestre de 2020 e, de maneira online, da realização de trabalho de campo no segundo semestre do mesmo ano e no decorrer de 2021 (Costa *et al.*, 2021; Olivar *et al.*, 2021; Morais, 2021, 2022).

No período de março de 2020 em São Gabriel da Cachoeira algumas feirantes já estavam fazendo o uso de álcool em gel, luvas, toucas e estavam atentas às informações que chegavam sobre as formas de prevenção ao coronavírus, como lavar as mãos, usar máscaras e não se aglomerar. Compartilharam ainda

que tudo estava acontecendo muito rápido e que não sabiam muito como lidar com o que se aproximava.

Junto às preocupações e incertezas a respeito do coronavírus, muitas pessoas tinham a expectativa de que o vírus não chegaria em São Gabriel por não estarem conectadas aos grandes centros urbanos. No entanto, como apresentado por Geise Ganalez *et al.* (2020) a interiorização do vírus no referido estado ocorreu por meio das vias fluviais, devido a ausência de estradas que conectam os municípios e à quantidade baixíssima e inconstante de voos realizados no interior do Amazonas.

Deste modo, no dia 13 de março de 2020, quando foi confirmado o primeiro caso de Covid-19 no estado do Amazonas<sup>14</sup>, a Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira, por meio de Decreto n. 003 no dia 18 de março, suspendeu as operações de trânsito das embarcações que faziam o trajeto de ida e volta entre Manaus e São Gabriel da Cachoeira, sendo permitida apenas a circulação de embarcações com insumos, cargas e combustíveis. Esse Decreto suspendia também, por trinta dias, as atividades de atendimento ao público e os eventos que produzissem aglomerações. Além disso, apresentava situação de emergência de Saúde Pública no município e, por fim, implementou o Comitê de Prevenção e Enfrentamento ao Novo Coronavírus (Covid-19).

O Comitê foi formado por instituições de nível municipal e federal, bem como pelo movimento indígena, sociedade civil organizada, e por parceiros como Médicos Sem Fronteiras (MSF), Expedicionários da Saúde (EDS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Greenpeace, entre outros. Reunindo-se semanalmente com o objetivo de divulgar e produzir ações referentes à prevenção da doença, o Comitê conseguiu se articular para a implantação das Unidades de Atendimento Primário Indígena (UAPI) dentro das Terras Indígenas e a fiscalização das cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade.

Devido à urgência da situação e às constantes atualizações sobre a pandemia, o Comitê passou a produzir um informativo à população, por WhatsApp, diariamente.<sup>15</sup> Também foi criado um Grupo de Trabalho de comunicação vinculado ao Comitê que, por meio deste, passaram a trabalhar de forma mais integrada no combate às fake news. Desse modo, o Comitê foi de suma impor-

---

**14** - O estado do Amazonas já havia decretado emergência na saúde pública no estado (Decreto Estadual n. 42.061 de 16 de março de 2020). Em um período de uma semana, em Manaus, foram contabilizados 275 casos confirmados para a doença. Duas semanas após o primeiro caso confirmado, já havia 1175 casos na capital amazonense. O primeiro registro de óbito data do dia 25 de março de 2020 (Morais, 2021, 2022; Olivar *et al.*, 2021).

**15** - Foram divulgadas as decisões do Comitê sobre as dinâmicas de funcionamento das viagens de retorno dos estudantes universitários e de informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Fiocruz, Ministério da Saúde (MS). Além disso, foi cedido espaço nesses informativos para profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças religiosas (Morais, 2022, p.110).

tância para que estivessem a par dos boatos e informações que circulavam pela cidade e, juntos, encontrassem alguma estratégia de ação.

Desde março de 2020, como medidas iniciais de combate à ameaça do novo coronavírus, outros decretos foram promulgados e muitas reuniões foram realizadas na cidade, como a da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) que procurou apresentar as primeiras formulações do Plano de Contingência Municipal. Tornou-se evidente nessa reunião que o município não tinha recursos humanos e materiais: não havia formação de profissionais da saúde para realizar coletas dos materiais biológicos e para fazer a triagem nos portos da cidade. Também havia dificuldades de armazenamento de amostras nasofaríngeas na temperatura adequada devido ao calor amazonense e de enviar esses materiais ao Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (Lacen), em Manaus, onde eram realizadas as análises.

Por mais que a cidade estivesse “fechada” e a circulação aérea ainda mais restrita, eram conhecidos os boatos de pessoas chegando “clandestinamente” nas embarcações. Por isso, nessa reunião, as palestrantes apelavam: “se souberem de algum barco que está chegando, nos avisem para que possamos fazer o monitoramento”. Esse monitoramento se iniciava no porto de Camanaus, a aproximadamente 30 quilômetros do centro urbano da cidade, quando a equipe de profissionais se deslocava ao local para verificar se os passageiros apresentavam algum sintoma da Covid-19. Uma estudante Baré da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) contou que quando conseguiu retornar para São Gabriel, por meio das articulações realizadas pelo Comitê de Enfrentamento e Combate à Covid-19, foi recebida pela equipe da Vigilância no porto, teve seus sinais vitais conferidos e preencheu um papel comprometendo-se a fazer o isolamento domiciliar. Aos que apresentavam algum sintoma, era realizado o teste rápido e, assim, a SEMSA mantinha o controle das pessoas com suspeita do vírus (Moraes, 2022, p. 111-112).

Após o encontro promovido pela SEMSA, pelo menos outras duas reuniões aconteceram na cidade. As pautas eram referentes a barragem do acesso de pessoas não indígenas nas comunidades para que o vírus não atingisse a população nas terras indígenas. Essa preocupação se intensificou devido a complexidade da logística de atendimento às pessoas com suspeita da doença por conta das dificuldades de locomoção entre as comunidades e a cidade. Para cada logística de resgate demandava-se todo um cuidado na utilização de máscaras, toucas, luvas, esterilização do helicóptero e, eventualmente, de barcos, antes, durante e após o deslocamento da pessoa com suspeita de infecção por SARS-CoV-2.

Tal como na reunião feita pela SEMSA, nesses dois outros encontros também foi ressaltada a preocupação em relação à falta de estrutura tanto do

DSEI-ARN quanto do único hospital da cidade que é administrado pelo Exército Brasileiro e o estado do Amazonas - o Hospital de Guarnição (HGU). No início da pandemia, o hospital contava com apenas sete respiradores e nenhum leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que ocasionou o colapso do hospital logo nos primeiros dias de pandemia.<sup>16</sup> Uma alternativa que o HGU tinha era de fazer o encaminhamento, via aérea, dos casos graves de Covid-19 para Manaus. No entanto, a capital amazonense já estava em estado de calamidade pública como divulgado por diversas matérias jornalísticas e midiáticas.

Morais (2022) também conta que, para além das notícias midiáticas, as mulheres indígenas de São Gabriel da Cachoeira relataram pesadelos, medos e incertezas que tinham e, ainda, sobre parentes que estavam tentando retornar de Manaus e não conseguiam devido ao fechamento da cidade. As ruas ficaram praticamente vazias uma semana após o Decreto de 18 de março, que instaurou situação de emergência no município. Muitas famílias se isolaram em sítios, outras se adaptaram ao novo horário de funcionamento do comércio essencial no centro urbano. Muitos boatos surgiram, bem como informações equivocadas sobre casos confirmados da doença na cidade.

Em 26 de abril de 2020, por meio do boletim da SEMSA, foram confirmados os dois primeiros casos de infecção por Covid-19 em São Gabriel da Cachoeira. Os infectados eram uma militar não indígena, funcionária do HGU, que estava sendo monitorada em casa, e um professor indígena da etnia Baniwa, em estado grave de saúde, que foi o primeiro óbito por Covid-19 registrado no dia 2 de maio de 2020. Em ambos os casos, nos dias que antecederam a aparição de sintomas e o diagnóstico, não havia histórico de viagens e contato com pessoas suspeitas. Desse modo, a contaminação na cidade foi, de partida, considerada comunitária, provocando uma profusão de rumores sobre casos confirmados e suspeitos, além da culpabilização de pessoas que estavam participando de eventos comunitários. Diversos boatos foram produzidos a respeito dos moradores da cidade, assim como foram divulgados boletins epidemiológicos falsos. Essas ações desencadearam algumas notas informativas veiculadas pela SEMSA no Instagram, elucidando a população sobre a situação epidemiológica da cidade e reforçando que a divulgação de notícias falsas seria penalizada.<sup>17</sup>

---

**16** - Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/com- apenas-7-respiradores-sao-gabriel-da-cachoeira-confirma-dois-casos-de-covid-19/?fbclid=IwAR2UGqmX0hjX8BUNo8GRvpj4WKyKrtaxVdx51itXVxFhWTJAtvZeEcp1Hkl>. Acesso em 16/08/2021.

**17** - No dia 20 de maio, foi divulgado um informe sobre a dinâmica dos casos de Covid-19 no perímetro urbano do município, que corresponde ao período de 26 de abril até 19 de maio. As informações contidas dizem respeito aos 399 casos confirmados e os 15 óbitos notificados naquele momento. Posteriormente, em 31 de maio, a SEMSA apresentou o número de 1.647 casos e 21 óbitos por Covid-19. A identificação desse aumento de 1.248 casos confirmados em um período de doze dias deveu-se à realização de testagem em massa, que ocorreu entre os dias 26 e 29 de maio, conforme consta no comunicado feito pela SEMSA no dia 25 de maio e divulgado no Instagram.



## ESTRATÉGIAS RIONEGRINAS DE CUIDADO: PROMOÇÃO À SAÚDE, SEGURANÇA ALIMENTAR E DIREITO À INFORMAÇÃO

E aí você começa a ver essas reações, estas reações ronegrinas mesmo, dos povos de lá. E uma das reações também foi a campanha e aí uma potência vinda das mulheres, as mulheres com a campanha. Quando o resultado começa a existir, as doações começam a vir, você vê a força dos vínculos das pessoas que já trabalharam, que mantêm vínculos com o rio Negro, muitos pesquisadores do Brasil e de fora do Brasil, instituições parceiras, muita gente procurando e querendo doar (julho de 2021, entrevista PARI-c).

Vivemos uma era de pandemias, de doenças infecciosas emergentes e reemergentes, vide as pandemias de SARS no ano de 2003, a H1N1 em 2009, o Chikungunya em 2014, a Zika no ano de 2015, a Ebola em 2014 e, desde 2019, a pandemia de SARS-Cov-2, atualmente no centro desta crise planetária. Segundo Morens *et al.* (2020, p. 8):

As pandemias são o forte chamado da natureza para o despertar de que nós, humanos, estamos administrando mal nossa própria existência no complexo ecossistema que moldamos impensadamente, dentro do qual vivemos, e do qual depende nossa sobrevivência: o planeta Terra (tradução nossa).

A partir da iniciação científica de Júlia Kaori Tomimura (2022), fundamentada numa perspectiva decolonial com a ecologia latinoamericana (Alimonda, 2011) compreendemos aqui que a Natureza é afetada pela colonialidade, sendo encarada como um objeto passivo, um espaço subalterno que pode ser explorado, violado e modificado; colonialidade que permite e promove práticas que de la Cadena & Blaser (2018) denominam de *ocupação ontológica colonial contemporânea de territórios*, como extrativismo, garimpo e extração de madeira ilegais, afetando violentamente o meio e as pessoas que nele vivem, em sua maioria pessoas indígenas, negras, ciganas, quilombolas e ribeirinhas.

Estas seriam o que o pensador indígena Ailton Krenak (2019, p. 70) denominou de quase-humanos: “[...] milhares de pessoas que insistem em ficar fora dessa dança civilizada, da técnica, do controle do planeta. E por dançar uma coreografia estranha são tirados de cena, por epidemias, pobreza, fome, violência dirigida”. Este tirar de cena se dá justamente pelas políticas de morte, como podemos observar a complexa, diversa e dramática situação dos povos indígenas no Brasil, sendo alvo de extermínio/etnocídio de diversas formas: por violência direta, seja agressão física, assassinato, violência sexual e feminicídio

(Camilo, 2022; ISA, 2021; Moraes, 2022), negligência na liberação de recursos em saúde (ENSP, 2021; Santos, 2020) e outras políticas colonialistas fomentadas pelo governo liderado pelo ex-presidente Jair Bolsonaro, como a subnotificação de casos e mortes por Covid-19 no início da pandemia pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (APIB, 2021a; ISA, 2022; Angatu, 2021), a votação a favor pelo Marco Temporal (APIB, 2021a; 2021b) e a reintegração de posse de Terras Indígenas já homologadas pelo Estado (Moncau, 2021).

Sobre a pandemia de Covid-19, Marianna Holanda (2021) aponta que:

O alcance do vírus é global, mas ele afeta de forma desproporcional grupos em situações diversas de vulnerabilidade. As populações que vivem em contexto de guerra e ameaça desde o início da colonização, trazem consigo marcadores sociais de desigualdade em saúde: comorbidades associadas à insegurança territorial e alimentar, à falta de acesso à água potável e a políticas integrais e específicas de saúde, ao racismo institucional e discriminação (Holanda, 2021, p. 181 apud Pankararu & Holanda, 2020).

Tais interações catastróficas da colonialidade foram absurdamente evidentes na região da Amazônia, sob mira do dispositivo formado pela combinação do vírus, epidemias já recorrentes (malária, febre amarela, desnutrição, doenças diarreicas agudas, alcoolismo, suicídios, feminicídios), somados a uma série de decisões e respostas políticas e institucionais baseadas em negacionismo que intensificaram a condição de precariedade e insegurança (Olivar, Melo & Tobón, 2021).

Com o novo cenário no Alto Rio Negro, as coordenadoras do Departamento de Mulheres Indígenas do Rio Negro (DMIRN) entenderam rapidamente que além da ameaça do vírus era necessário estarem atentas aos efeitos que as medidas sanitárias já estavam causando nas famílias indígenas, especialmente as relacionadas à alimentação. Como abordado por Canalez *et al.* (2020), a proibição da circulação entre as comunidades e as sedes municipais, iria comprometer a rota de circulação de produtos agrícolas das comunidades rurais e o abastecimento dos produtos industrializados nas sedes municipais.

Na segunda quinzena de março de 2020, uma vez que a utilização de máscaras era apresentada como uma forma de prevenir a transmissão do vírus, as coordenadoras do DMIRN pensaram: “*vamos confeccionar máscaras para enviá-las às comunidades. Vamos arrecadar cestas básicas, sabão. Vamos mandar para elas [mulheres do rio Negro] para não terem que vir para a cidade*”. Ainda, relataram que a ideia inicial era ajudar as mulheres que não poderiam circular com os seus artesanatos, mas compreenderam

que todos os rionegrinos seriam afetados pelas medidas de contenção e controle da transmissão do vírus.<sup>18</sup> E como se definem enquanto cuidadoras da casa, da família e do território, surge a ideia do nome “*cuidado*”, como uma das coordenadoras enviou por WhatsApp: “*nós mulheres indígenas sabemos como cuidar dos nossos filhos, das nossas famílias, comunidades, roças e florestas!*”, ou seja, “*nós cuidamos deste território*”. Assim, as mulheres do DMIRN como protagonistas desse cuidado criam e gerenciam a campanha “*Rio Negro, Nós Cuidamos!*”<sup>19</sup>, lançada no dia 29 de abril de 2020, para contribuir com as condições de resguardo<sup>20</sup> das pessoas que vivem nas comunidades procurando garantir produtos alimentícios, de higiene, pesca e ferramentas agrícolas que não conseguiriam estando isolados nas comunidades indígenas. A campanha também contribuiu com a Rede de Comunicadores Indígenas do rio Negro (Rede Wayuri)<sup>21</sup> e com o sistema regional de comunicação e informação radiofônica e digital da FOIRN, que tiveram um papel fundamental na divulgação de informações sobre o novo coronavírus nas comunidades indígenas como veremos a seguir.

Para o final de maio, o DMIRN, a FOIRN e o DSEI-ARN começaram uma sequência de viagens para compreenderem a situação da doença nas comunidades e sítios indígenas e para a distribuição das cestas básicas, cartilhas, banners e álcool em gel (FOIRN, 2020). Na época, as coordenadoras do Departamento de Mulheres compartilharam por WhatsApp diversas fotos de suas filhas produzindo máscaras, ressaltando que, por meio da campanha, outras costureiras foram convidadas para a produção de mais de 8 mil máscaras, também distribuídas na região do rio Negro (Olivar *et al.*, 2021; Morais, 2022, p. 118).

Como apresenta Dulce Morais (2022, p. 118), em paralelo à campanha “*Rio Negro, Nós Cuidamos!*”, as mulheres indígenas compartilharam por mensagens de texto no WhatsApp receitas de chás e benzimentos que geralmente vinham acompanhadas de relatos pessoais ou de pessoas próximas que conseguiram se curar da Covid-19. Uma senhora do povo Tukano, após fazer o isolamento social em um sítio, retornou à cidade com diversos remédios tradicionais e panelões de chás que foram distribuídos por seu marido, do povo Tariano, quando realizava benzimentos às pessoas que estavam infectadas. A comunicadora do antigo Setor de Comunicação da FOIRN (SETCOM) relata:

---

**18** - Muitas mulheres participam de associações filiadas à FOIRN e em decorrência da pandemia não poderiam mais circular com seus artesanatos para levá-los a loja Wariró que foi criada pela FOIRN com o objetivo de geração de renda por meio da comercialização de trabalhos artesanais (Morais, 2022).

**19** - Disponível em <https://noscuidamos.foirn.org.br/>. Acesso: 28/07/2021.

**20** - No dia 20 de agosto, em live produzida pelo ISA, Elizângela explica que o resguardo diz respeito a diversos tipos e situações de isolamento domiciliar. Posteriormente, Janete menciona que o resguardo também é feito por pessoa que pega alguma doença e precisa ficar em casa seguindo orientações do profissional de saúde ou do benzedor (Morais, 2022).

**21** - A Rede Wayuri de Comunicadores Indígenas ganhou uma menção honrosa, título de heróis globais da informação junto com correspondente do The New York Times em Beijing.

Quando soubemos que a pandemia já estava no mundo, a gente tava com medo, particularmente eu e minha família procuramos um pajé, porque sempre meu pai falava, na época do sarampo, outros vírus que chegavam, eles já recorriam ao chá, ao benzimento, então quando a gente ouviu isso, também, minha família já recorremos ao pajé onde fechamos nosso corpo e então praticamente a gente já estava com o corpo fechado entre aspas assim, nós, povos indígenas (julho de 2021, entrevista PARI-c).

Francineia Fontes (2021) explica que o aroma forte das ervas e plantas impede que a doença adentre o corpo e detalha o papel do benzimento e do benzedor:

O benzedor, além de usar o cigarro para benzer os elementos, viaja por todos os lugares de transformação (casas míticas que Ñanpirikoli [criador, demiurgo] passou em seu caminho na transformação da humanidade), onde tudo começou muitos anos atrás. O benzedor faz o mesmo percurso que os seres míticos fizeram, seja para proteger o corpo, seja para curar o doente, protegendo a casa da doença. Aos olhos da doença (Covid-19), a casa cercada pelo benzimento tem um enorme muro que a dificulta passar, ficando do lado de fora. Através dos benzimentos, aos olhos da Covid-19, é como se estivéssemos dentro de uma bolha de sabão: a doença pode nos olhar, mas não consegue entrar para dentro da casa e do corpo. Com isso nós nos defumamos todo final de tarde no tempo da pandemia (Fontes, 2021, p. 3).

Ela também aponta que as pessoas mais velhas dos povos rionegrinos reconhecem que a Covid-19 é uma doença dos brancos, criada pelos não-indígenas, e por isso no início era difícil compreender quais ervas usar e como preparar, mas rapidamente conseguiram manejar pela semelhança de sintomas com outras enfermidades cujas ervas para tratamento já conheciam, destacando também o relevante papel das gerações como zeladoras e multiplicadoras do conhecimento:

Para todo tipo de doença, é possível intervir por meio de plantas e benzimentos, pois Ñanpirikoli [criador do mundo e da humanidade, segundo a narrativa Baniwa] já havia previsto tudo que poderia acontecer com seus filhos. Há plantas que são remédios de proteção e cura, e há também as plantas voltadas para fazer o mal. Ele fez o benzimento (nhãpakatí, falas xamânicas) para a cura e o benzimento para o mal, e assim entregou para seus filhos neste mundo. É por isso que hoje temos as plantas que usamos para combater a Covid-19. A minha mãe, tias e avós foram e são protagonistas desta fala: *“Tudo que sabemos passamos para as*

*outras. O que sabemos vamos te falar, como usar e como se faz, agora põe no papel para o mundo saber como nos protegemos e como protegemos os outros”, disseram-me.*

[...] O conhecimento está nas famílias. Cada família prepara o seu chá, acompanhado de benzimento para reforçar a proteção e a cura, e o troca com o de outra família. Todos os remédios tradicionais que foram e continuam sendo usados já existiam há muito tempo, mas a visibilidade e a importância desses saberes ganharam força com a chegada da Covid-19. Esses conhecimentos, que são usados desde sempre, foram, ao longo dos meses de pandemia, aperfeiçoados em suas técnicas de uso, com a implementação de mais ingredientes. Hoje o mundo sabe dos poderes que temos guardados e cuidados dentro dos quintais e da floresta (Fontes, 2021, p.3).

Assim, as mulheres do rio Negro, ao compartilhar receitas de chás e benzimentos nos grupos de WhatsApp, alertavam as parentas a *“respirar na cultura”*<sup>22</sup> e a confiar em seus conhecimentos tradicionais como nos mostra Elizângela Costa (2021a, p. 5):

As mulheres indígenas que moram na cidade de São Gabriel da Cachoeira fizeram as suas estratégias de cuidados com as plantas retiradas dos quintais e mel de abelha; enquanto aquelas das comunidades (aldeias) utilizaram as plantas da terra firme e da beira dos rios. O mais utilizado foi a abelha com ferrão retirada da natureza, para a defumação, fazer chá e passar a cera pelo corpo. No decorrer dos dias, as mulheres da cidade passaram a saber sobre os remédios que estavam sendo utilizados por seus pais e parentes nas comunidades e, então, pediram para que as enviassem para que elas também pudessem usar na proteção de si e de suas famílias na cidade. Assim, o Cesto de Conhecimento, que depende das nossas formas de conhecimento e dos nossos territórios, foi sendo utilizado e compartilhado pelas mulheres do rio Negro. Com as muitas trocas, as plantas tiveram novos donos e foram utilizadas de diferentes formas para poder alcançar o objetivo de salvar vidas.

Ao ir à floresta colher as plantas, existe também todo um cuidado direcional para elas, uma relação de respeitar e agradecer à Terra que as faz crescer. Este momento é parte essencial para o processo de cura:

---

**22** - “A ideia de ‘respirar na cultura’ apareceu em rodas de conversa sobre violências realizadas no ano de 2018 em São Gabriel da Cachoeira, como estratégias encontradas pelas mulheres indígenas, muitas vezes, dentro da própria cultura. Uma das mulheres presente na roda de conversa apresentou o ‘respirar na cultura’ como uma possível resolução de conflitos no seio mais íntimo de redes de afetos. Essa experiência ficou muito ligada, aos atos de tecer, a um modo específico de mobilizar a ancestralidade ‘como nossos pais viviam’ e aos afetos” (Morais, p. 122, 2022).

Seu grande segredo [das mulheres indígenas] é o *“respeito pela planta”*: elas conversam com as plantas na hora de tirar as folhas, raízes e caules. A minha mãe e minhas tias falam o seguinte: *“semãña, apurandú nerumu, ayuka arãma neráwa, amukatú arãma sembira itá, asui seamã itá. Aputai rekuasá, amukatú arã aintá kua mansí suí. Kuetakú reté semanhã, pusanga itá rupí, kaá asui sapú itá rupí”* (*“Peço licença, minha mãe Terra, para retirar suas folhas, para me curar, curar meus filhos e curar pessoas que amo. Quero toda a sua energia de purificação e proteção contra essa doença do mal. Gratidão, minha mãe, pelas folhas e raízes”*). Essa conversa é muito importante porque precisamos pedir licença à mãe Terra, à floresta e às plantas, pois elas têm vida. Nós Baniwa, antes de passarmos por um lugar sagrado, pedimos autorização. [...] E, para retirar as plantas, temos o mesmo respeito da medicação (Fontes, p. 2, 2021).

Furquim (2022), a partir dos trabalhos de Olivar (2019) na cidade de Tabatinga e tríplice fronteira Brasil-Peru-Colômbia, pensa cuidado

incluindo não-humanos ou quase humanos, como lugares e fronteiras, como materialidades e agentes nas relações do cuidado. Neste sentido, podemos pensar que objetos, memórias e territórios também poderiam ser considerados como não apenas objetos em relação, mas como partes integrantes fundamentais na criação, manutenção e cura de mundos (Furquim, 2022, p. 202).

A floresta, as plantas, seriam estes seres-outros-que-humanos integrantes das cosmopolíticas de cuidado, compondo este pluriverso de relações mais cósmicas que estritamente humanas, no sentido construído pelo projeto civilizacional, não de consumo, alienação e exploração próprias da modernidade capitalista, mas de trocas, parentesco e cuidado.

Outro ponto relevante que as mulheres também acionaram através da campanha foi a informação através da comunicação. Mobilizaram a radiofonia da região e adquiriram financiamento para a utilização de um carro de som<sup>23</sup> e gasolina, pegaram microfones e andaram pela cidade para alertarem a população sobre a importância de ficarem em casa, utilizarem máscaras e lavarem as mãos. A comunicadora social do SETCOM contou em entrevista que

---

**23** - O carro de som fazia circulação nas ruas mais movimentadas da cidade, como por exemplo, nas que estão localizados os bancos e a casa lotérica da cidade devido às aglomerações que se formavam para o recebimento dos benefícios sociais dos programas do governo federal. Com a passagem do carro de som nessas proximidades, divulgava-se áudios com informativos e orientações advindas de profissionais da saúde como o doutor Dráuzio Varella e outros profissionais, também da saúde, que trabalham no DSEI-ARN e na SEMSA (Morais, p. 120, 2022).

quando foi o primeiro caso em São Gabriel foi o pior momento da nossa vida, da minha vida, é... eu como comunicadora tive que me preparar, na época eu tava na FOIRN trabalhando na Radiofonia, a Radiofonia é um meio de comunicação que atinge mais de 300 comunidades, se a gente for analisar, são mais de 20 mil pessoas que a gente atinge, ou mais para dizer a verdade. Então, foi meu papel naquele momento de falar via Radiofonia pras comunidades dizendo que a Covid-19 já estava na nossa região. Pô, tive que parar uma meia hora pra me preparar e repassar isso para os nossos parentes, e onde os parentes não entendiam o que que era Covid, como que é, porque a gente assistindo na TV é uma coisa e os nossos parentes que não viam, que não sabiam, é... havia muita fake news na época. [...] Então eles não sabiam se essa Covid era realmente uma doença perigosa, uma coisa de política ou de bruxaria, é muita coisa, né, então, como comunicadora tive que repassar sobre a chegada da Covid-19 na Radiofonia, que foi um momento difícil que eu passei no momento. Fora outros [momentos] que foi a morte de nossos parentes, onde eu tinha que informar que nossos parentes haviam falecido, eu passava uns segundos, uns dois, três minutos sem conseguir falar, porque a lágrima vinha, falar, né, poxa, eu sou comunicadora, eu tenho que passar força pra eles e não ficar da forma que eu tava, né.

Foram voluntários no carro de som, foram nove pessoas, éramos nove pessoas que estavam aí como voluntários, professores, juventude, é [a Secretaria Municipal de Saúde] ...foram a classe que estive nos acompanhando. [O carro de som] é um meio de comunicação que eu acho que deve ser valorizado, que na cidade é muito difícil as pessoas ouvirem via rádio, né, rádio municipal ou outras rádios que poucos têm. Então, carro de som não, eles são obrigados a ouvir porque tá passando na sua casa, né, então, por mais que eles não queiram ouvir alguma coisa tá lá. [...] Teve uma época que a cidade parou mesmo, únicas pessoas que andavam na cidade eram segurança, polícia e a gente da comunicação via carro de som, onde levamos informação através de, é... línguas, línguas co-oficiais, Baniwa, nheengatu, até Yanomami também a gente rodava com o carro, né, e tudo isso foi graças ao, à Campanha “Rio Negro, Nós Cuidamos!” (Julho de 2021, entrevista PARI-c).

O trabalho realizado pelo SETCOM junto à Rede Wayuri de Comunicação foi fundamental para a disseminação de informação sobre a Covid-19 e de promoção e educação em saúde no município de São Gabriel da Cachoeira porque era realizado de forma simples e, especialmente, nas línguas indígenas.

A gente procurava as pessoas, né, por exemplo, eu quando ia falar na Radiofonia, o médico tava falando lá sobre doença, remédio,

tudo em palavras técnica, vamos supor, só pra você entender, né, ele falava em, é... Covid tá morrendo muita gente, tá tendo óbito, né, a palavra óbito, então um parente lá da comunidade, por mais que tenha atendimento médico e tudo isso, não sabe o que que é óbito. Então eu, sendo verdadeira, eu falava morte, né, de óbito pra morte rapidinho o parente vai entender, então a gente... traduzindo em português mesmo o nosso linguajar, a gente usava as nossas palavras, do nosso cotidiano, então pra mim ficava fácil pra falar pro nosso parente *“olha parente, use máscara, faça isso, faça aquilo senão vai ter muita morte pela frente”* [...] por isso que a gente usava bastante, é... áudios em português e em línguas, por exemplo, a Rede Wayuri falava textos sobre o uso de máscaras, isso, aquilo, aí a gente fazia outros áudios falando em nheengatu [...], então falava em português e depois vinha tradução em línguas nos áudios. Então ficava fácil das pessoas entenderem também, né, e esses mesmos áudios a gente colocava via Radiofonia no microfone pras pessoas ouvirem nas comunidades, então isso também foi o ponto positivo onde a gente recebeu muitos elogios, Dulce, sobre essa forma da gente adaptar a comunicação aqui no Rio Negro, né, onde as pessoas falavam *“poxa [Comunicadora social], foi uma inovação e tanto essa questão que vocês estão passando via Radiofonia, a gente ouve em português e a gente não consegue entender, mas a gente já vai ouvir em nheengatu, em Tukano, aí dá pra entender, agora falar em português realmente não dá pra entender”*. Então foi esse formato que a gente aderiu pra passar comunicação pras nossas comunidades. Olha, teve um episódio esse ano de 2021, quando a gente foi lá pra uma rua [...], e aí ficamos falando, falando e falando. O pessoal parou de trabalhar e veio um idoso, aí ele veio e falou *“minha filha, num consigo entender o que vocês tão falando não, explica melhor pra nós”*, aí eu falei pra minha colega *“bora colocar o áudio pra ele ouvir”, “qual língua que o senhor fala?”, aí ele falou “falo nheengatu”, “então a gente vai colocar em nheengatu pro senhor”, aí nós pegamos o áudio e colocamos bem no nheengatu, aí ele ficou ouvindo, aí ele falou “agora sim eu entendi”, ele falou. É um ato assim tão simples, mas pra nós foi importante de ver a importância de um carro de som, ele falou *“nunca ninguém fez isso com a gente, agora vocês têm que vir sempre”* ele falou pra gente (julho de 2021, entrevista PARI-c).*

Em uma região em que a circulação de pessoas, artesanatos e dinheiro são centrais, as mulheres indígenas se mobilizaram para fazer circular, dessa vez, informações, máscaras, álcool em gel, chás e alimentos, tudo na expectativa de restringir a circulação do vírus e de garantir o cuidado coletivo. As mulheres do rio Negro se engajaram em relações de partilha e circulação do cuidado, contri- buindo para evitar a contaminação por Covid-19 em São Gabriel da Cachoeira. Essas mulheres, com suas ações, intervieram no debate sanitário do município e

criaram estratégias para lidar de forma diferente com a pandemia (Morais, 2021, 2022; Olivar *et al.*, 2021).

Estes esforços coletivos são fundamentais para o cuidado, pois, firmemente combatendo o vírus, as mulheres atuaram na cidade e nas comunidades indígenas em três linhas de ações clássicas no campo da saúde: promoção à saúde, segurança alimentar e direito à informação. Mas aqui, não podemos compreender cuidado como sinônimo de saúde, nem como promovido pelo campo institucional da Saúde Pública, nem da mesma forma como elicitada em uma leitura feminista branca e urbana sobre care e desigualdade de gênero (Macedo, 2021; Costa *et al.*, 2021). Como mostra Marianna Holanda (2021):

O contingenciamento colonial do pluralismo histórico dos povos indígenas se elabora pela erosão da organização comunal por meio “da transformação da vida doméstica comunitária em família nuclear íntima e privada” e enquanto do espaço doméstico se é expropriado de toda a capacidade política. (Segato, 2019a). É assim que a politicidade feminina afirmada pela articulação das mulheres indígenas no Brasil vem afirmar um feminismo muy outro, que é ele mesmo corpo-território coletivo, que não pode ser sem afirmar e cuidar do outro (Holanda, 2021, 187).

Dáí advém a importância e necessidade de evocar os conceitos de cosmopolítica (Stengers, 2018) e pluriverso (De la Cadena & Blaser, 2018). A cosmopolítica preocupa-se justamente em considerar aqueles corpos e saberes que são “*tirados de cena*” pela colonialidade advinda da episteme moderna, de considerar a multiplicidade não somente de culturas, mas de mundos, sem a pretensão de homogeneizar, padronizar, de tornar igual. Stengers diz em seu artigo A proposição cosmopolítica que todos os atores envolvidos “*devem estar presentes de um modo que confira à decisão o seu grau máximo de dificuldade, que proíba qualquer atalho, qualquer simplificação, qualquer diferenciação a priori entre aquilo que conta e aquilo que não conta*” (Stengers, 2018, p. 463). Um mundo de muitos mundos, um pluriverso (De la Cadena & Blaser, 2018) de desentendimentos postos em evidência, em vez de um Mundo Único, ilusoriamente padronizado, cujo perigo reside também em reduzir estes mundos na categoria limitada, e muitas vezes inferiorizada, de “*culturas*”, silenciando suas complexidades, diferenças, necessidades e potências (De la Cadena, 2019).

Nestes múltiplos mundos existe o reconhecimento da presença de seres não apenas “*humanos*” (como espécie) mas também “*seres-outros-que-humanos*”, como colocado por Marisol de la Cadena (2019), seres que, na perspectiva da modernidade, seriam desprovidos de agência ou seriam até inexistentes, como florestas, rios, montanhas. De la Cadena (2019, p. 10) aponta que “*são também entidades sencientes cuja existência material – e aquela dos mundos*

*aos quais pertencem – está atualmente ameaçada pelo matrimônio neoliberal entre o capital e o Estado”.*

Destes marcos teóricos derivam-se as raízes da noção de Cosmopolíticas do Cuidado, desenvolvida por José Miguel Olivar *et al.* (2021; 2022) e, conjunta e posteriormente, por Michel Furquim (2022), cujo cerne de atuação seria o de “cuidar dos mundos para que estes permaneçam existindo como espaços de cultivo plural de vidas possíveis” (Furquim, 2022, p. 49). Este autor traz em sua dissertação de mestrado que a cosmopolítica do cuidado “pode ser uma potente lente analítica para compreender tudo aquilo que é feito para sustentar, reparar e dar continuidade ao nosso mundo, para que possa ser vivido da melhor forma possível e criar mundos florescentes para si” (Furquim, 2022, p. 24).

A cosmopolítica do cuidado pode contribuir como forma de reconhecer as potencialidades do cuidado, ao apontar que o cuidado é uma tecnologia de vida, com implicações materiais vitais para mundos, humanos e não humanos. Mundos estes que não são passivos, produzindo e reconfigurando aquilo que vem e aquilo que já existia ali, criando assim mundos outros, que estão repletos de multidões de relações que também interferem, tensionam e recriam estas conexões. E relações estas que não estão/são apenas presente, mas daquilo e daquelas/es que já foram e das/os que ainda virão (Furquim, 2022, p. 202, grifo nosso).

Tecendo junto às considerações cosmopolíticas citadas, “saúde” emerge [...] como equívoco e dissenso com implicações políticas ontológicas (Kelly, 2010). Isto é, a “saúde das sobreviventes, daquelas mulheres desgarradas, lutadoras e em movimento” (Costa *et al.*, 2021, p. 63) que não se finda nelas mesmas, ao contrário:

esse “cuidado” é também um tipo de agenciamento distribuído entre atores diferentes, em redes diferentes, territorializado de forma espalhada ou dispersa, em movimentos muitas vezes intensivos, conflituivos, localizado em casas abertas a redes de parentesco e consideração (e não em lares domésticos nucleares fechados), que é associado à luta, à experimentação, à partilha das vulnerabilidades (e não à sua anulação, controle ou superlocalização). Quando se pensam como agentes de cuidado, não se pensam como indivíduos abnegadas ou subordinadas ao trabalho reprodutivo que as explora para a sobrevivência da conjugalidade, de crianças e maridos. Se pensam mais, como vimos, como forças, linhas e parcialidades mais-que-humanas (Tsing, 2019) engajadas em relações de troca, partilha e circulação, certamente assimétricas e muitas vezes violentas, de sustento do mundo-em-queda (Costa *et al.*, 2021, p. 62).

Elizângela Costa (2021) demonstra como ficou a carga das mulheres a responsabilidade das práticas de atenção, aqui sob a chave de cuidado, já existente antes, mas amplificada com a pandemia e tendo que se adaptar e inventar novas estratégias que se adequassem às exigências do momento. Como mencionado no trecho acima, as redes de parentescos e a coletividade cotidiana são pontos fundamentais para compreender esse cuidado cosmopolítico, bem como o pertencimento ao território por si só, pois:

Viver em comunidade para nós indígenas é compartilhar o nosso dia a dia com todos os que compõem o local sem excluir ninguém. [...] O coletivo fornece o bem-viver e ajuda no aprendizado da diversidade de conhecimentos que se têm em uma determinada comunidade. Promove o fortalecimento da cultura e de novos conhecimentos, favorável ao surgimento de estratégias de resistência. O conhecimento é dominar a vivência no seu território conforme a necessidade de sua existência, de sua ancestralidade e de acordo com o seu povo (Costa, 2021b, p.6, grifo nosso).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mobilização das mulheres indígenas no Alto Rio Negro pode ser entendida como uma estratégia pluriversal de cuidado cosmopolítico, nos convocando a vislumbrar horizontes possíveis que façam sentido caminhar nesta terra e Terra — horizontes estes que enfrentam pandemias, necropolíticas, colonizações.

Elas nos convidam a perceber que nosso olhar é filtrado por uma lente civilizacional e a buscar observar por perspectivas diferentes, através de mundos múltiplos que interagem e têm muito a dizer, ensinar, criar conjuntamente, por meio de uma urgência em resistir-existir. Marisol de la Cadena (2019, p. 27) pensa que esse exercício cosmopolítico de *“colocar ideias preconcebidas em risco”* é importante para fazer a Antropologia falar algo fora da normalização e universalização ocidental. Pensamos aqui que pode ser um exercício para a Saúde Coletiva também. Sendo que *“o desafio de uma diplomacia cosmopolítica é justamente conectar mundos de uma maneira não hierárquica, sem pressupor uma totalidade externa, dotada de um representante maior, único”* (Sztutman, 2019, p. 90). A cultura, ou estes mundos, constitui uma prática e uma estratégia. Como ressalta Marianna Holanda:

Em seu levante político as mulheres indígenas têm demarcado e ocupado conceitos de cultura, desenvolvimento, decolonialidade, patriarcado, assim como redimensionado as noções isoladas de corpo, terra e cura – narrativas que podem nos levar a pensar sobre possíveis efeitos de uma política cultural sobre os regimes de criatividade e conhecimento nativos (Holanda, 2021, p. 186).

Analisando a campanha “Rio Negro, Nós Cuidamos!” e seus efeitos cosmopolíticos para discussões sobre Saúde Global e direitos humanos, *Olivar et al.* (2021) apontam que

A campanha [‘Rio Negro, nós cuidamos!’] é uma oportunidade de forçar uma abordagem cosmopolítica e pluriversal à Saúde Pública. O ‘público’ surge aqui como agência em rede, complexa, potente, engajada em diversas e históricas lutas (às vezes contra o Estado) e relativamente desobediente às normas biopolíticas.

É capaz de mobilizar pluralidades ontológicas, bem como pluralidades de saberes, naturezas, sociedades, normas e condições físico-corporais, ao mesmo tempo que se torna um forte agente político contra a necropolítica federal e militar. Concebe outras formas de curar, de ter saúde e de estar vivo ou morto (*Olivar et al.*, 2021, p. 19, tradução nossa).

Pontuamos a relevância da tessitura de redes e alianças pelas mulheres, estratégia, diríamos, pluriversal, que possa exercer cuidado e produção de vida por meio não apenas das convergências, mas também das divergências constitutivas dos coletivos, seja por seres humanos, mais-que-humanos ou outros-que-humanos (De la Cadena & Blaser, 2018; De la Cadena, 2019; Sztutman, 2019). O campo político não está dado, não é absoluto e finalizado, impermeável, e Bruno Latour traz que tampouco o campo científico o é, fortalecendo a relevância dessas alianças, redes, ou, nos termos dele, uma politeia coletiva, aterrada, que tenha

[...] uma Terra sob seus pés. A política ganha gravidade quando tem um território a defender. Mas deveríamos abandonar também a ideia de que a ciência é o campo de fatos incontroversos e incontestáveis. A ciência, sempre com “c” minúsculo, é o campo da produção, por meio da instituição de muitas disciplinas e do monitoramento de muitos instrumentos, de um amplo acesso a um grande número de entidades com as quais a politeia deve ser construída. Nessa visão, tanto a ciência como a política são atividades mundanas, ou mesmo modestas, prosaicas e frágeis, permanecendo abertas à dúvida, à revisão, e passíveis de equívocos, tão logo suas delicadas operações não sejam constantemente sustentadas (Latour, 2014, p. 18).

A pandemia de Covid-19, as reelaborações sociopolíticas em torno dela e as múltiplas conexões e rearranjos analíticos implicados desenham novas flexões para pensarmos mundos, fim-do-mundo e fim-de-mundos (Ferreira da Silva, 2019), bem como a pensarmos onto-epistemologias e práticas do campo da Saúde Coletiva a fim de torná-lo mais diverso, localizado, cosmopolítico.

As dificuldades encontram-se não na capacidade de autonomia e criatividade dos povos indígenas, como bem demonstraram as mulheres do rio Negro, mas em resistir em meio às muitas formas violentas que a colonialidade toma, que sempre reforçam que eles não cabem. A intervenção dessas mulheres foi a estratégia encontrada para lidar com o contexto crítico pandêmico, para cuidar e resistir, um *“experimento local, disperso, múltiplo e parcialmente conectado, sofrido, apropriado e baseado na relação com conceitos globais e científicos”* (Costa *et al.*, 2021, p. 63):

Podemos ver uma urgência que não obedece à distância tecnopolítica do estado sanitário, mas que diz respeito ao tempo cotidiano da experiência colonial todo dia colocada em ato. Uma ontologia da luta, da defesa, da necessidade de lidar com o mundo enquanto ameaça. A urgência como evento num curso permanente de ação em função das condições de persistência do (seu) mundo. A campanha, assim, pode nos mostrar imagens de controle e experimentação dos dispositivos temporais e tecnopolíticos da intervenção sanitária (desaceleração, urgência, eficácia, conectividade, dissenso) e de distanciamento dos modos de funcionamento do Mundo da homogeneização, da purificação e do aplainamento (Costa *et al.*, 2021, p. 63).

Para Holanda (2021, p. 183), a *“ancestralidade – imemorial, dos tempos míticos e a atual, dos anciãos e pajés – atua aqui como guia para a prática cotidiana”*, fazendo frente de resistência contra a colonialidade epistemicida que sempre ameaça seus mundos, corpos e saberes:

Há 521 anos, passamos por processos de colonização que nos impõem a interculturalidade, deixando-nos cada vez mais próximos de uma sociedade cheia de malícias e desafios, por exemplo, o trabalho de proteger a natureza da destruição, poluição e invasões dos territórios. E essa pandemia atualiza a civilização — processo em que nós, povos rionegrinos, sofremos muitas mudanças em nossas culturas, línguas, mitos, formas de organização social. (...), mas nós, mulheres indígenas, persistimos há décadas em nossos conhecimentos, não deixamos de repassar o que a nossa ancestralidade nos deixou, criamos estratégias de resguardo e de luta, para que a nossa geração não se esqueça de nossa identidade cultural, para que as nossas raízes não desapareçam. Tudo o que temos hoje é resultado de muitas lutas, resistências e estratégias de resguardo das nossas práticas, como mitos, culturas, conhecimentos ancestrais, lendas, artesanatos (Costa, 2021c, p.3).

A pandemia de Covid-19 poderia ser entendida, portanto, como uma atualização dessa colonialidade, da civilização (Costa, 2021; Angatu, 2021). Os *“Cestos de Conhecimento”* (Costa, 2021) e o *“respirar na cultura”* (Olivar *et al.*,

2021; Morais, 2022) constituem estas mulheres e suas estratégias de resistir e re-existir perante este cenário etnocida, fortalecendo os saberes adquiridos pela oralidade através das gerações e também acionando conhecimentos advindos de outros mundos, resultando em estratégias que envolvem veiculação de informações baseadas em evidências científicas sobre o vírus nas línguas indígenas; arrecadação e circulação de alimentos, produtos de higiene, máscaras, álcool em gel, ervas; compartilhamento e uso de receitas de chás, benzimentos e defumações (Morais, 2021, 2022). Estas mulheres são também, além de tudo que já pontuamos, agentes ativas da Saúde Coletiva contemporânea.

Pretendemos que estes apontamentos possam servir como, pegando emprestado termos de Kadri *et al.* (2021), disparadores de novas aproximações e deslocamentos, ampliando o conhecimento sobre o território e quem nele habita, a fim de aprimorar a gestão do cuidado numa construção coletiva “*de baixo para cima*”. E partir para ação, pois como coloca Elizângela Costa: “Não podemos ficar apenas na teoria, precisamos colocar em prática tudo o que lemos, escrevemos, pensamos, sentimos, olhamos, ampliando as nossas buscas por uma vida digna perante os desafios mais cruéis da humanidade” (Costa *et al.*, 2021, p. 66).



## REFERÊNCIAS

- Angatu, C.; Santos, C. J. F. (2021). Tupixuara Moingobé Ñerana: autodeclaração indígena como retomada da indianidade e territórios. **Revista Espaço Acadêmico**. n. 231. nov/dez. ISSN 1519.6186.
- Amazônia Real. (2022). Nara Baré diz que estupro e morte de menina Yanomami é genocídio institucionalizado. Povos Indígenas. **Amazônia Real**, 27/04/2022. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/nara-bare-diz-que-estupro-e-morte-de-menina-yanomami-e-genocidio-institucionalizado/>. Acesso em 13 jul 2022.
- Apresentação. (2021). **Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19** (PARI-c). Disponível em: [www.pari-c.org](http://www.pari-c.org). Acesso em 10 abr 2022.
- APIB - Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2021a). **Dossiê internacional de denúncias dos povos indígenas do Brasil 2021**. Brasília: Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB).
- APIB - Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2021b). **Entenda porque o caso de repercussão geral no STF pode definir o futuro das terras indígenas**. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). 29/06/2021. Disponível em: <https://apiboficial.org/2021/06/29/entenda-porque-o-ca>

so-de-repercussao-geral-no-stf-pode-definir-o-futuro-das-terras-indigenas/. Acesso em 27 abr 2023.

Baquero, O.S, Benavidez, F. M. N., & Acero, A. M. (2021). From Modern Planetary Health to Decolonial Promotion of One Health of Peripheries. *Front. Public Health*. DOI: 10.3389/fpubh.2021.637897.

Boa Vista Já. (2020). **Campanha arrecada alimentos e kits de higiene para mulheres em vulnerabilidade social**. Boa Vista, 1 de julho de 2020. Disponível em. Acesso em: 18 out. 2020.

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

Camilo, M. (2022). Indígena Guarani Kaiowá assassinado por policiais é enterrado em área de retomada. Povos Indígenas. **Amazônia Real**, 28/06/2022. Disponível em: [amazoniareal.com.br/indigena-guarani-kaiowa-assassinado-por-policiais-e-enterrado-em-area-de-retomada/](http://amazoniareal.com.br/indigena-guarani-kaiowa-assassinado-por-policiais-e-enterrado-em-area-de-retomada/). Acesso em 13 jul 2022.

Canalez, G. G. *et al.* (2020). Espalhamento da COVID-19 no interior do Amazonas: panorama e reflexões desde o Alto Solimões, Brasil. **Mundo Amazônico**, 11(2), e 88492. <http://dx.doi.org/10.15446/ma.v11n2.88492>.

Costa, E. (2021a). **Mulheres do Rio Negro e seus Custos de Conhecimento durante a pandemia de COVID-19**. Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19, v. 1, n. 5. Disponível em: <http://www.pari-c.org>. Acesso em: 28 nov. 2021.

Costa, E. (2021b). **Mulheres do rio Negro e os impactos da pandemia de Covid-19**. Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19. v. 1, n. 8, set. Disponível em: <http://www.pari-c.org>. Acesso em: 28 nov. 2021.

Costa, E. (2021c). **A persistência rionegrina: vivências e as gerações que virão**. Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19, vol. 1, n. 10, nov. Disponível em <http://www.pari-c.org/artigo/78>. Acesso em 10 jan 2022.

Costa, E. S.; Fontes, F.; Morais, D. M.; Olivar, J. M. N.; Tomimura, J. K. M. (2021). **Mulheres indígenas e cosmopolíticas do cuidado no Alto Rio Negro**. Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19 – PARI-c. Nov. 2021. (Estudo de caso). Disponível em: <http://www.pari-c.org/estudo/4>. Acesso em 2 dez 2021.

De la Cadena, M. (2019). Cosmopolítica indígena nos Andes: reflexões conceituais

para além da “política”. **Maloca. Revista de Estudos Indígenas**, v. 2, p. 1–37.

De la Cadena, M., & Blaser, M. (2018). **A world of many worlds**. Durham: Duke University Press.

Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). (1996). *Quarta Declaração da Selva Lacandona*. Ejército Zapatista de Liberación Nacional.

Equipe do Programa Rio Negro do Instituto Socioambiental & Morais, D. (2020). **“Coronavírus (COVID-19) Tome cuidado, parente!”**. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/>. Acesso em: 18 out 2020.

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. (2021). *Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus, que já soma mais de quatro mil mortes em 2021*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **INFORME ENSP**. Fiocruz, 04/03/2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>. Acesso em 18 jul 2022.

Ferreira da Silva, D. (2019). **A Dívida Impagável**. São Paulo.

FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. (2020). **Relatórios de entrega de cestas básicas Alto Rio Negro**. Relatório de viagem (1), de 27 a 31 de maio de 2020. São Gabriel da Cachoeira.

FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. (2020). **Relatório da viagem região Nadzoeri: entrega de cestas básicas e kits de proteção individual**. Relatório de viagem (2), de 4 a 8 de junho de 2020. São Gabriel da Cachoeira.

FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. (2020). **Relatório de viagem da entrega de cestas básicas de alimentos nas comunidades/sítios da abrangência da Coordenadoria Diawi’i/Foirn**. Relatório de viagem (3), de 16 a 26 de junho de 2020. São Gabriel da Cachoeira.

FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. (2020). **São Gabriel da Cachoeira**. Disponível em: <https://noscuidamos.foirn.org.br/>. Acessado em 15/11/20.

FOIRN/ISA – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro / Instituto Socioambiental. (2005). **Levantamento socioeconômico, demográfico e sanitário da cidade de São Gabriel da Cachoeira (AM)**. São Gabriel da Cachoeira: FOIRN/ISA. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/publications/Oad00429.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

- Fonseca, C. (2017). Lá onde, cara pálida? Pensando as glórias e os limites do campo etnográfico. **Revista Mundaú**, n. 2, p. 96-118.
- Fontes, F. (2020). Minha escrevivência, experiências vividas e diálogo com as mulheres indígenas do Rio Negro – Amazonas/Brasil. **Cadernos de campo** (São Paulo, online) | vol.29, n.1 |p. 179-186 | USP.
- Fontes, F. (2021). Notas sobre a força dos remédios indígenas no Alto rio Negro, Amazonas. **Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19**, vol. 1, n. 4. Disponível em [www.pari-c.org](http://www.pari-c.org). Acesso em 5 fev 2022.
- Furquim, M. O. (2022). Criar um mundo pra si: agenciamentos de cuidado de pessoas trans, travestis e não-binárias para uma vida possível. 2022. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.6.2022.tde-08062022-151901>. Acesso em: 02 jul. 2022.
- Globo. (2021). **Uma em cada quatro mulheres foi vítima de algum tipo de violência na pandemia no Brasil, aponta pesquisa**. < <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/06/07/1-emcada-4-mulheres-foi-vitima-de-um-tipo-de-violencia-na-pandemia-no-brasil-dizdatafolha.ghtml>>. Acessado em 18 nov 2021.
- Haraway, D. (2016). Antropoceno, Capitaloceno, Plantationoceno, Chthuluceno: fazendo parentes. **ClimaCom Cultura Científica - pesquisa, jornalismo e arte**, v. 3, n. 5, p. 139-146.
- Holanda, M. A. F. (2021). Saúde Coletiva e o Planeta Comum: o Chamado das Mulheres Indígenas de Cura pela Terra. **Revista Interterritórios**. 7 (13), 167-191.
- ISA - Instituto Socioambiental. (2022). **COVID-19 e os Povos Indígenas**. Instituto Socioambiental. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org>. Acesso em 10 jul 2022.
- ISA - Instituto Socioambiental. (2021). **Garimpo ilegal avança sobre áreas protegidas, contamina ambiente e interrompe vidas na Amazônia**. Blog do Monitoramento. Instituto Socioambiental, 09/04/2021. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/blog/blog-do-monitoramento/garimpo-ilegal-avanca-sobre-areas-protetidas-contamina-ambiente-e-interrompe-vidas-na-amazonia>. Acesso em 11 junho 2021.
- Kadri, M. R., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Menezes, K. L., Tukano, J. P. B., Ahmadpour, B., Santos, I. C. P. A. M., Pereira, M. M., Rivas, R. J., Reis, A. E. S., Saraiva, J. V., Ferla, A. A., Vasconcelos, T. R., Amorim, J. S. C., Costa,

- G. S. (2021). **Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira.** (Relatório de pesquisa).
- Krenak, A. (2019). **Ideias para adiar o fim do mundo.** 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Langdon, J. E. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon, E. J.; Garnelo, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, p. 33-52.
- Latour, B. (2014). Para distinguir amigos e inimigos no tempo do Antropoceno. *Revista de Antropologia*, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 11-31. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/87702>. Acesso em 07 set 2021.
- Macedo, V. (2021). O CUIDADO E SUAS REDES: doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 36, n. 106, e3610602.
- Marques, B., Horta, A., & Olivar, J. M. (2022). Antropologia, covid-19 e respostas indígenas no Brasil: reflexões metodológicas e vitais. **Saúde e Sociedade** [online], v. 31, n. 4, e220834pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220834pt>. Acesso em 06 abr 2023.
- Moncau, G. (2021). Invasões de terras e assassinatos de indígenas aumentam durante a pandemia, mostra relatório. *Direitos Humanos. Brasil de Fato.* 28/10/2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/10/28/invasoes-de-terras-e-assassinatos-de-indigenas-aumentam-durante-a-pandemia-mostra-relatorio>. Acesso em 13 jul 2022.
- Morais, D. M. M. (2022). De documentos, cactos e vírus: violência sexual, mulheres indígenas e Estado em São Gabriel da Cachoeira. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)** - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.6.2022.tde-10032022-172751. Acesso em 5 jul 2022.
- Morais, D. M. M. (2021). Notas sobre a chegada da pandemia de COVID-19 em São Gabriel da Cachoeira (AM). **Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19**, vol. 1, n. 1, fev. Disponível em [www.pari-c.org](http://www.pari-c.org). Acesso em 5 fev 2022.
- Morens, D. M.; Daszak, P.; Markel, H.; Taubenberger, J. K. (2020). **Pandemic**

**COVID-19 Joins History's Pandemic Legion.** *mBio*. Maio. 29;11(3):e00812-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32471830/>. Acesso em 11 ago 2021.

Observatório da Violência de Gênero no Amazonas (UFAM) & Coletive de Pesquisa em Arte, **Antropologia e Saúde Pública da USP (CPaS-1 - FSP/USP)**. 13/05/2020 [15/04/2020] -. Disponível em: [youtube.com/watch?v=MCeN-jNQFeA](https://www.youtube.com/watch?v=MCeN-jNQFeA). Acesso em 11 nov 2021.

Olivar, J.M.N., Melo da Cunha, F., & Tobon, M. A. (2021). Blood, Smoke and Cocaine? Reflections on the Governance of the Amazonian Border in Contemporary Brazil. In: Natalia Ribas-Mateos & Timothy Dunn. (Org.). **Handbook on Human Security, Borders and Migration**. 1 ed. Cheltenham(UK) Northampton(USA: Edward Elgar Publishing, v. 1, p. 312-327.

Olivar, J. M. N. O., Morais, D. M. M., Costa, E. S.; Fontes, F., Furquim, M., Marques, B. R., & Melo, F. (2021). 'Rio Negro, We care'. Indigenous women, cosmopolitics and public health in the COVID-19 pandemic, **Global Public Health**. DOI: 10.1080/17441692.2021.1959941

Olivar *et al.* (2022). **Cosmopolíticas do Cuidado no fim-do-mundo: gênero, fronteiras e agenciamentos pluriepistemológicos com a saúde pública**. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Proposta selecionada nº 2021/06897-9 pelo edital Jovem Pesquisador - Fase 2.

Olivar, J. M. N. O.; Costa, E. S.; Morais, D. M. M.; Fontes, F. & Marques, B. R. (2022). Tecer outro Cesto de Conhecimentos? Pesquisa colaborativa e remota na pandemia de covid-19. **Saúde Soc.** São Paulo, v.31, n.4, e220452pt.

Paulo, P. P. (2021). **Uma em cada quatro mulheres foi vítima de algum tipo de violência na pandemia no Brasil, aponta pesquisa**. G1 SP, Globo. 07/06/2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/06/07/1-em-cada-4-mulheres-foi-vitima-de-algum-tipo-de-violencia-na-pandemia-no-brasil-diz-datafolha.ghtml>. Acesso em 21 mar 2023.

Pontes, A. L. M., Rego, S., & Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 20, n. 10, pp. 3199-3210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>. Acesso em 29 maio 2022.

Santos, I. (2020). São Gabriel precisa de atenção diferenciada para casos de Covid-19, diz infectologista da UFAM. **Amazônia Real**, 12/05/2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/sao-gabriel-precisa-de-atencao->

-diferenciada-para-casos-de-covid-19-diz-infectologista-da-ufam/.

Stengers, I. (2018). A proposição cosmopolítica [The cosmopolitical proposal]. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 69, p. 442–464.

Sztutman, R. (2019). Um acontecimento cosmopolítico: o manifesto de Kope-nawa e a proposta de Stengers. **Mundo Amazônico**, v. 10, n. 1, pp. 83-105. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/74098>. Acesso em 15 jul 2021.

Tomimura, J. K. M. (2022). Mulheres indígenas do Rio Negro e a Saúde Pública: sobre cosmopolíticas do cuidado, saúde e natureza em meio à pandemia de Covid-19. **Relatório Final (Iniciação Científica)** - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

Viveiros de Castro, E. (2002). Perspectivismo e multinaturalismo na América Indígena. In: **Inconstância da Alma Selvagem**. São Paulo: Cosac & Naify.

# **Diálogos e cosmopolíticas em saúde e ambiente no Antropoceno:** *cooperação em pesquisa e pós-graduação envolvendo comunidades indígenas ameaçadas por mudanças globais*



**Leandro Luiz Giatti**  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima**  
**Lenin Alfonso Morales**  
**Mayra Costa Rosa Farias de Lima**  
**Raniele Alana Lima Alves**



## **INTRODUÇÃO**

**O** desenvolvimento conjunto de pesquisa e formação de pós-graduação na área de Saúde Coletiva, pela natureza de seu campo e respectivas demandas, coloca como fundamental a produção conjunta de conhecimento e de ações e inovações voltadas às necessidades da sociedade. De fato, os problemas focais da saúde coletiva são frequentemente urgentes, todavia, multifacetados por meio de conjunturas de distintos fatores causais e vulnerabilidades que incidem consistentemente na saúde e bem-estar das populações humanas.

Na urgência e complexidade das crises contemporâneas que envolvem mudanças planetárias, como ao que se refere ao Antropoceno, distintos fatores de risco incidem sobre os humanos na forma de uma grande diversida-

de e magnitude de fenômenos de natureza ambiental, os quais se intercalam com todos os déficits sociais e vulnerabilidades daquilo que não foi realizado e provido pela promessa de modernização associada ao pensamento positivista dos últimos 200 anos. Neste contexto singular na história da humanidade, vemos as mais elevadas demandas por recursos exaurindo os ecossistemas, profundas mudanças incidindo em maior frequência e intensidade de desastres naturais, êxito de patógenos emergentes ou reemergentes corroborado por falhas ou ausências em políticas públicas, e um quadro de profundas incertezas associadas a vulnerabilidades, riscos sistêmicos e policrises (Giatti; Maksud, 2023; Henig; Knight, 2023; Hirschfeld, 2020; Masson-Delmotte *et al.*, 2022; Steffen *et al.*, 2015).

Com isso, os desafios da pós-graduação na produção de conhecimento aplicável se colocam mediante a necessidade de diálogos imediatos com a sociedade, realizando produções híbridas de aplicações legitimadas em diferentes contextos, os quais são repletos de particularidades e sutilezas que se colocam de forma determinante. A referência que se coloca é de contextos de mudanças e crises globais que incidem de maneiras diferenciadas e desconhecidas sobre as mais diversas realidades e contextos de vulnerabilidade. Ocorre que não há como produzir conhecimentos polivalentes de maneira prescritiva a partir de lógicas convencionais desde a relação da produção de conhecimentos hegemônicos para com a pluralidade de contextos de risco que se perfazem no mundo contemporâneo. Porém, é premente viabilizar modos de produção de saberes de saúde aplicáveis que sejam adaptáveis ou passíveis de melhor assimilação e ressignificação por parte outras lógicas populares comumente marginalizadas. De fato, os problemas que convencionalmente tratamos a partir de olhares, saberes e políticas hegemônicas, poderiam ser abordados por meio de proposições cosmopolíticas, dando sentido e legitimidade em ações envolvendo distintos atores e grupos sociais (Olivar *et al.*, 2022).

Neste texto, buscamos realizar aproximações conceituais e metodológicas que indiquem caminhos para dialogar com a complexidade de questões contemporâneas associadas à saúde e ambiente, a partir da produção de pesquisa e de ação conectadas com a democratização de saberes e diversificação de alternativas. Teremos como base desafios ambientais e de saúde que afetam populações indígenas em dois grupos e contextos diferenciados a serem explorados. O primeiro, consiste do povo Gunadule, da Comarca de Gunayala, no Panamá, onde se constata impactos das mudanças climáticas e diálogos necessários entre sustentabilidade e saúde. O segundo contexto remete a um bairro da cidade de Manaus, chamado Parque das Tribos, que abriga 35 diferentes etnias indígenas e conjuga situações relacionadas à migração para ambiente urbano periférico, carente de serviços públicos como saneamento básico e em constante busca para um modelo de atenção à saúde diferenciado.

A abordagem deste texto é de um referencial conceitual aplicado à de propostas de pesquisa participativa em contextos de vulnerabilidade em territórios indígenas. Os projetos de pesquisa envolvem a cooperação entre docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, ILMD-Fiocruz/Amazônia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Com isso, temos a expectativa de contribuir com insights e aproximações no que se espera de cooperação entre pesquisadores, programas de pós-graduação e internacionalização de pesquisas participativas.



## **SOBRE SISTEMAS SÓCIO-ECOLÓGICOS, AUTO-ORGANIZAÇÃO E DIVERSIDADE**

A concepção de auto-organização pode contribuir com a forma de interpretar e valorizar as potencialidades de saberes e práticas sociais marginalizadas mediante a constante capacidade criativa e adaptativa de grupos vulneráveis frequentemente desassistidos de recursos ou fora do alcance e efetividade de políticas públicas.

Convencionalmente, a produção de conhecimento hegemônico e a tradição de elaboração e implementação de políticas se constitui de maneira a ignorar capacidades criativas de grupos vulneráveis. Por outro lado, olhares imersivos (‘de perto e de dentro’) podem ser muito enriquecedores ao permitirem a constatação de que mesmo em condições de elevada vulnerabilidade e de ausência crítica de recursos, comunidades vulneráveis criam alternativas constantemente, constituindo saberes e práticas sociais capazes de viabilizar a vida. Soluções e modos diferenciados de operacionalizar as mais distintas inseguranças e formas de escassez tornam-se matéria de diálogos e ações envolvendo capacidades, recursos locais, cooperação e solidariedade (Magnani, 2002).

Estas capacidades adaptativas podem ser compreendidas enquanto propriedades decisivas dos sistemas sócio-ecológicos, estes que, como sugere a nomenclatura, são definidos pela indissociabilidade homem-natureza e ambiente. Os sistemas sócio-ecológicos podem se caracterizar por alguns atributos fundamentais: possuem capacidades adaptativas; denotam comportamentos que se estabelecem a partir de processos dinâmicos com intensa retroalimentação e aprendizagem; e constituem-se a partir de propriedades emergentes desde causalidades complexas. Os sistemas sócio-ecológicos, são, portanto, de inerente diversidade operacional e notavelmente imprevisíveis (Folke *et al.*, 2010; Preiser *et al.*, 2018).

As comunidades humanas nos mais distintos contextos são dotadas de capacidades adaptativas que permitem dialogar com o meio e construir soluções

sofisticadas, mesmo com recursos escassos. Isso envolve aprendizagem constante, diversidade de capacidades e saberes, conhecimentos e valores preestabelecidos, capacidades organizacionais, tecnologias, infraestruturas e recursos econômicos. Na construção política de grupos marginalizados para lidar com seus próprios problemas ocorre, todavia, uma pluralidade de concepções e saberes que é frequentemente ignorada por olhares distantes com suporte em saberes hegemônicos. Essa pluralização marginal, por outro lado, está em constante operação mediante aos fenômenos contemporâneos de mudanças ambientais e riscos à saúde e à qualidade de vida, constituindo diversidades de caminhos e futuros inimagináveis desde concepções de mundo excludentes (Scoones & Stirling, 2020). Nesse sentido, Stengers (2018) pontua quanto a uma perspectiva eto-ecológica, em que a maneira de se comportar própria a um ser (ou comunidade) não se desconecta dos atributos e dinâmicas do ambiente, este que na verdade impõe mudanças ao ser, mas não o determina. O ser, na verdade, é o detentor de sua própria significação e mestre de suas razões, o que corrobora mundos múltiplos e articulações políticas muito diferenciadas entre distintos grupos e atores sociais.

Essas peculiaridades são inerentes à capacidade de auto-organização, que nos humanos se amplifica enquanto competência devido a componentes como subjetividade, intersubjetividade, comunicação, capacidade de aprendizagem, cultura e linguagem. A auto-organização não decorre de modo individual, ela remete a interações com o meio e com outros seres, semelhantes ou não, envolvendo dinâmicas de reciprocidade, inclusive de adaptação recíproca. Ao se adaptar, o ser também se autoproduz (princípio da autopoiese) enquanto dialoga com o meio, com a comunidade ou com outros seres ou instituições. As interações entre seres e comunidades e/ou instituições podem ser compreendidas como acoplamentos estruturais, onde ocorrem as situações de reciprocidade revertendo em adaptações para ambos (Maturana & Varela, 1992). Não obstante, a teoria autopoietica também pode ser observada nos fenômenos constituintes dos sistemas sociais (Luhmann, 1997).

Em sentido pragmático, podemos ilustrar quanto aos problemas inerentes à crise global de insustentabilidade. Mediante aos intensos impactos e mudanças que potencializam riscos e escassez sobre grupos vulneráveis, estes passam a constantemente buscar meios de mitigar situações críticas. Evidentemente, grupos vulneráveis aplicam suas próprias lógicas, visões de mundo e práticas sociais para lidar com adversidades, o que os diferencia muito da maneira como acadêmicos interpretam, classificam e atribuem nomenclaturas aos fenômenos.

Vejamos uma condição de vulnerabilidade e insustentabilidade em periferia urbana, na cidade de Guarulhos, São Paulo, Brasil. As dinâmicas do bairro de Novo Recreio foram estudadas por suas práticas sociais dos moradores me-

diante a escassez de recursos como água, energia e alimentos (Giatti *et al.*, 2019). Para a condição básica de estudo acadêmico, a pesquisa se orientou na noção de interdependência e na busca de sinergias para mitigar a escassez conjunta, daquilo que é chamado de nexo água-energia-alimentos, dentro de uma perspectiva sócio-política de acesso aos recursos e ação concreta na realidade (Cairns & Krzywoszynska, 2016; Hoff, 2011).

A pesquisa desvelou uma típica situação de insustentabilidade urbana e de diálogo com riscos e determinantes da saúde pública. A metodologia empregada foi na forma de etnografia associada a uma pesquisa-ação, propiciando uma investigação aprofundada desde as práticas sociais, explorando como elas se constituem e identificando potencialidades, saberes e competências dos moradores locais perante os problemas em foco. O que se constatou é que práticas e saberes locais associados ao manejo dos recursos escassos, embora não acoplados a uma discussão sobre sustentabilidade, mostravam pertinência desde uma condição de busca por subsistência para aspectos da crise ambiental global.

Os moradores de Novo Recreio, bairro distante de áreas mais centrais e providas de serviços públicos e oportunidades, economizam água, realizam reciclagem, racionalizam o uso do transporte (associado a consumo de energia) e produzem alimentos localmente. Na análise sobre a 'lente acadêmica' do nexo água-energia-alimentos, estas práticas sociais atenuam as interdependências entre os recursos escassos, caracterizando sinergias na busca da sustentabilidade. No estudo, a forma de produção local de alimentos frescos e saudáveis se colocou como um tema muito relevante em análise, em resposta ao dificultoso contexto local que mais favorece a realizar compras de alimentos ultraprocessados e de pior qualidade. Ou seja, a produção local de alimentos foi observada como importante para a saúde, por representar acesso a alimentos frescos e saudáveis, ao mesmo tempo em que favorecia a otimização de recursos locais e específica racionalização da demanda por água e energia para produção de alimentos.

O que ressaltamos é justamente o fato de que as práticas sociais pertinentes da população são ancoradas no éthos da comunidade, justificadas nos valores e saberes dos moradores, não necessariamente sob os mesmos códigos, nomenclaturas e racionalidades dos investigadores. Do mesmo modo, este éthos também se distingue e, frequentemente, é marginalizado com relação ao pensamento e a prática advindos da implementação das políticas públicas que deveriam dar melhores soluções para os problemas locais de vulnerabilidade. Diante dessas verificações, os autores constatam que prevalece uma forma de exclusão cognitiva (Giatti *et al.*, 2019), corroborando o distanciamento entre valores e saberes locais e práticas de políticas e de pesquisa sobre os problemas contemporâneos de insustentabilidade. Todavia, fica demonstrado que desde

o contexto local há uma potencialidade criativa de diversidades de soluções corroborando princípios de organização das dinâmicas sócio-ecológicas.

A argumentação que colocamos nessa direção é a do imperativo do diálogo entre diferentes visões de mundo, de busca de inclusão cognitiva como forma de busca de justiça social e de alternativas (Santos, 2009; Santos, 2007). O abismo entre esses múltiplos mundos pode ser considerado como um impedimento a acoplamentos estruturais que seriam fundamentais para resolver problemas de maneira legítima e inclusiva com diversidades de ideias e de práticas. Ou seja, o não reconhecimento, a marginalização e a falta de diálogo com saberes, valores e práticas das comunidades é um impedimento à auto-organização e a reciprocidade que envolveria e transformaria tanto comunidades como instituições incumbidas de políticas e de investigações.



## PESQUISA PARTICIPATIVA COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO COSMOPOLÍTICA

Posicionamos nossas conjecturas na perspectiva da opção de pesquisa voltada à ação e a inclusão social, inclusive sob o aspecto cognitivo. Não nos abstermos, portanto, de reconhecer o diálogo mais simétrico com atores sociais enquanto uma ação política desde a perspectiva da realização de projetos de pesquisa, que conjugam múltiplas aprendizagens e reflexões. Assim, também entendemos que os processos de acoplamentos aqui referidos como alternativas de diálogos entre distintos saberes e múltiplas visões de mundo, referem-se amplamente tanto para quanto os sujeitos das pesquisas/intervenções como também para com pesquisadores e/ou gestores públicos. Em sentido genérico, tratamos em amplitude de abordagens de pesquisas participativas comprometidas com interações dialógicas, empoderamento e aprendizagem social (Freire, 1987; Giatti, 2019; Souza; Wals & Jacobi, 2019; Wallerstein *et al.*, 2017). Em sentido mais específico, enfocamos premissas da pesquisa-ação, como pesquisa social empírica realizada de maneira participativa entre pesquisadores e sujeitos representativos das situações de estudo, ambos cooperando com ações para a resolução de um problema coletivo (Thiollent, 2011).

A ação na realidade concreta remete, portanto, a uma construção coletiva entre distintos saberes de distintos atores sociais, suas motivações, interesses e valores. Com isso, a pesquisa-ação só se viabiliza por meio de um processo de ruptura da convencional relação prescritiva entre saber hegemônico e sociedade. Pois na verdade, não há possibilidade de acoplamento entre múltiplas visões de mundo se simplesmente se reproduz uma usual lógica bancária, impositiva e opressora (Giatti, 2019). O processo legítimo de participação remete, portanto, a aberturas e concessão de poder aos sujeitos da pesquisa, que também devem se apropriar do processo de desenvolvimento da pesquisa. Para a

forma convencional de produção de pesquisa científica, essa perspectiva pode ser assustadora, pois nela reside a condição de dar liberdade aos sujeitos para reconduções de objetivos, métodos e desdobramentos dos projetos. Isso, contudo, caracteriza processos fundamentalmente adaptativos, auto-organizáveis (Toledo & Giatti, 2014), uma vez que novas perguntas podem surgir e novas e inimagináveis respostas podem emergir nos processos de reflexão e reciprocidade. A pesquisa-ação pode caracterizar a transformação dos próprios pesquisadores, os quais, além de terem que aprender constantemente sobre e com os sujeitos, também passam a ter que seguir os projetos de pesquisa para onde quer que estes os levem (Brydon-Miller; Greenwood & Maguire, 2003).

As abordagens participativas da pesquisa-ação são dialógicas e operacionalizadas pela aplicação sucessiva de instrumentos participativos que representam uma abertura para outras racionalidades por meio de interações e reflexões coletivas (ver exemplos de instrumentos participativos (Toledo & Giatti, 2014; Giatti, 2019). Os processos participativos assim conduzidos dão poder às vozes de outros atores sociais para transformar a realidade e a própria condição dos acadêmicos, estes que passam a praticar a humildade de ouvir. A natureza adaptativa das abordagens dialógicas também é adequada para superar as verdadeiras limitações da participação e modos de isolamento de visões de mundo convencionalmente marginalizadas. A 'saúde' e a legitimidade dos processos participativos podem ser também fortalecidas construção de confiança e reciprocidade e na qualidade e viabilidade de traduções dentre distintos saberes (Christopher *et al.*, 2008; Lucero; Wright & Reese, 2017). Por fim, o empoderamento, a aprendizagem e a inclusão propiciados são notadamente caminhos facilitadores para importantes avanços, como no potencial de mudança de políticas públicas (Freudenberg & Tsui, 2014; Wallerstein & Duran, 2010).

Com efeito, a democratização de saberes não é apenas questão de justiça cognitiva, é também a necessidade de conectar múltiplas visões de mundo explorando as possibilidades e viabilidade de diversidades de alternativas para as crises contemporâneas. Ademais, diante de contextos singulares de vulnerabilidade, não há como considerar a importância dessa amálgama, por exemplo, entre saberes científicos e concepções de mundo advindas do senso comum e do conhecimento e práticas tradicionais. Por exemplo, diante do contexto crítico do avanço da pandemia por Covid-19 na Amazônia Brasileira, sob a ameaça de uma política governamental com traços nítidos de necropolítica pela opção pela disseminação da doença, destaca-se uma notável experiência de redes de colaboração e de saberes tradicionais de mulheres indígenas da região do Alto Rio Negro, no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Como relatam Olivar *et al.* (2022) na experiência 'Rio Negro, Nós Cuidamos!', uma rede de cooperação e proteção baseada em conhecimentos e visões tradicionais dos povos indígenas da região, constituiu alternativas de proteção contra a disseminação do vírus, realizando uma forma de hibridização entre o pluriverso

indígena sobre doenças/cuidado e a possibilidade de acoplamento com pertinentes saberes científicos e epidemiológicos. Esse contraponto ao contexto negacionista e deletério corroborado por posturas do governo federal brasileiro no ano de 2020, deu margem a uma postura de autoafirmação, que os autores classificaram como intervenção cosmopolítica, colocando a cultura como um contraponto e como base para a diversificação de soluções viáveis.

## **DIÁLOGO SOBRE PESQUISA PARTICIPATIVA EM TERRITÓRIO GUNADULE: ADAPTABILIDADE E RESILIÊNCIA DIANTE DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E DA ESCASSEZ INTERDEPENDENTE DO NEXO ÁGUA-ENERGIA-ALIMENTOS**

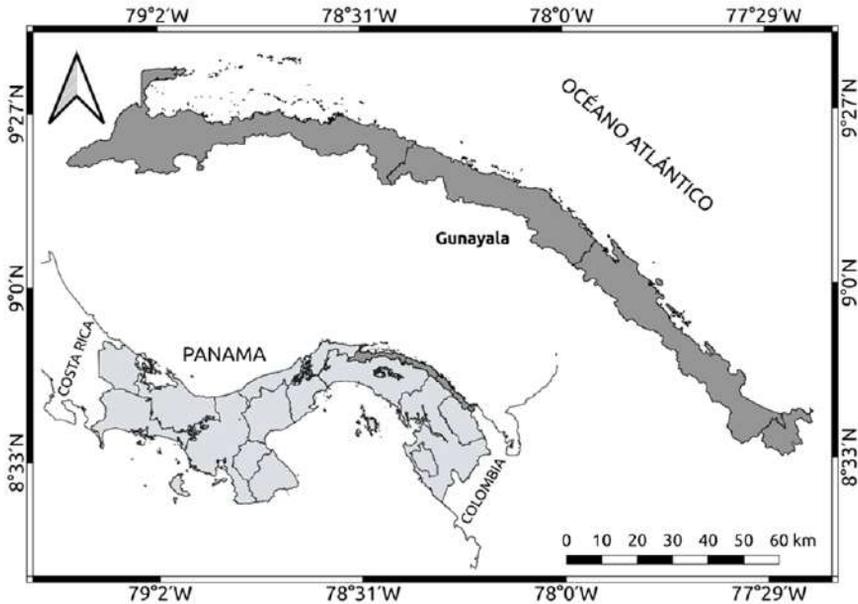
Gunayala (Figura 1), localizada no Panamá (75.517 quilômetros quadrados) é o território pertencente aos Gunadule (conhecidos como Tule na Colômbia ou como Gunas no Panamá). Este território é composto por uma área de 3.200 quilômetros quadrados na parte continental e um arquipélago de 230 quilômetros de extensão, com uma população de aproximadamente 60.000 habitantes (Campos, 2017; Congreso General Guna - CGG, 2019; De León; 2017). Esta região do Caribe é composta por 51 comunidades, incluindo ilhas (38) e comunidades no continente (13). De igual modo, a presença histórica dos Gunadule nesta região deu-se principalmente por guerras durante o período colonial e por doenças trazidas pelos invasores que provocaram sua migração das selvas de Darién para a localização atual (Wagua, 2007).

Localizadas nas superfícies das ilhas, as comunidades lutam contra as consequências das mudanças ambientais (crescimento populacional, inundações, alterações climáticas ou outras) que abrem espaço para debater e refletir possíveis medidas de mitigação que possam ser implementadas no curto, médio e longo prazo. Da mesma forma, surge a necessidade de construir novos paradigmas de acordo com suas realidades, alinhados com perspectivas analíticas, críticas e dialógicas, que promovam ações concretas e reflexivas a partir dos recursos disponíveis. Por outro lado, as comunidades se deparam com a limitação territorial imposta pelo espaço geográfico das ilhas, que impedem sua ampliação. A limitação territorial dificulta a relação do povo Gunadule com seu ambiente, comprometendo ações cotidianas, entre elas, o acesso à água, a construção e manutenção de novas e antigas infraestruturas, a mobilidade territorial comunitária, controle de doenças.

As consequências diretas e indiretas da modernidade capitalista antropogênica provoca mudanças nas relações de interdependência do nexo água-energia-alimentos do Povo Gunadule diante das mudanças ambientais, emergindo o debate: como a investigação ou ação social empírica participativa deve formar

uma relação horizontal entre os pesquisadores e os sujeitos representativos das situações de estudo, cuja finalidade é cooperar simultânea e conjuntamente com ações para a resolução de problemas particulares ou coletivos (Thiollent, 2011). Ou seja, enfatizar o componente político-social-cultural, que atualmente se baseia em um sistema econômico a partir da perspectiva de apropriação de recursos naturais e em uma crise ambiental sem precedentes, resultando em uma mudança emergencial climática com múltiplas consequências.

**Figura 01:** Localização de Gunayala, no Panamá.



**Fonte:** Elaboração própria, 2023.

Outro aspecto para importante é como identificar e delimitar a problemática do nexa água-energia-alimentos para o território Gunadule, com o objetivo de promover e ter presente o diálogo para a realização, finalização e apresentação de resultados de todos os tipos de investigação, particularmente da pesquisa participativa ou ação, onde Freire (1987) destaca que é nesses espaços que o conhecimento é incentivado e propício a emergir, o que ocorre por meio da invenção e reinvenção do ser humano, caracterizado e prevalecente no inquieto, impaciente, questionamento contínuo e esperançoso com o mundo e entre si. Em outras palavras, espera-se valorizar o aspecto participativo - dialógico dos envolvidos (pesquisadores, atores sociais, entidades governamentais ou

outros), bem como conhecer e mostrar como a população objetiva, codifica e dialoga com o tema, onde a colaboração participativa da pesquisa-ação será efetivada por meio da experiência que será adquirida na prática, colaborando ou participando de projetos sobre problemas vivenciados por atores sociais bem identificados (Thiollent, 2011).

A relação do Povo Gunadule com a saúde pública e coletiva através da relação com o nexu, seja no acesso à água de qualidade para consumo, acesso e constância energética regular para a região, seja na análise nutricional dos alimentos presentes ou na investigação da sua origem; permite verificar de que mesmo em condições de vulnerabilidade e ausência de critérios categóricos de pesquisa, deva-se considerar a criação e a valorização da produção de conhecimento da comunidade como ciência com preceitos de inclusão cognitiva e intervenção cosmopolítica, por meio de seus saberes e práticas cotidianas. Ou seja, promover momentos juntos, em diálogos necessários entre sustentabilidade e saúde, em abordagens metodológicas conceituais, que indiquem caminhos, rotas e possibilidades para a complexidade das questões ligadas ao meio ambiente, à saúde e à sustentabilidade.

Atualmente, a ciência que não apresenta uma inclusão cognitiva dos atores sociais apresenta a dificuldade de dar respostas e produzir conhecimentos palpáveis para os diversos setores vulneráveis, uma vez que não há como produzir conhecimento baseado em lógicas convencionais de conhecimento hegemônico. Da mesma forma, em resposta a urgência dos fatores de risco que apresenta à crise atual, nos quais se intercalam défices sociais, políticos e culturais, principalmente devido às consequências derivadas das mudanças ambientais (desastres, inundações, deslizamentos de terra ou outros), que afetam e impactam *“diretamente ou indiretamente, atingindo dezenas ou centenas de pessoas dentro de uma faixa delimitada pela extensão espacial do evento”* (Giatti *et al.*, 2019, p. 48).

## UMA PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE AMBIENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE INDÍGENA URBANA

A comunidade Parque das Tribos (Figura 2), em área periférica na zona oeste do município de Manaus/AM, consiste em uma conjuntura singular de recente urbanização de populações indígenas. Trata-se de uma comunidade multiétnica em território de feições urbanas com população de mais de 2.500 indígenas pertencentes a 35 etnias (Alves *et al.*, 2023). O quadro de interesse sobre determinantes da saúde permite elencar a sobreposição de distintos fatores de vulnerabilidade, alguns típicos das periferias urbanas como baixa renda, precário saneamento, baixa escolaridade, dificuldades

de acesso à saúde e outros fatores relacionados as condições de origem e migração, como sua própria marginalização enquanto grupos minoritários, mudança para o meio urbano por pressões e ameaças em seus territórios de origem, barreiras culturais que dificultam sua integração ao meio urbano e a sua inclusão social em melhores condições de vida.

A recente pandemia por Covid-19 evidenciou a vulnerabilidade deste grupo populacional para com uma conjuntura emergente e associada a outras crises contemporâneas, a urbanização e migrações de grupos originários, no caso da contextualização do Antropoceno. As já conhecidas discrepâncias no acesso de indígenas a acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde na cidade de Manaus (Mainbourg *et al.*, 2008) se reproduziram no contexto da pandemia, havendo também prejuízos de subnotificação de casos e óbitos pela doença dentre a população local (Alves *et al.*, 2023). Além disso, os indígenas do Parque das Tribos enfrentaram também dificuldades e impossibilidades para adotar medidas de distanciamento social, dificuldades de linguagem no acesso a informações e perda de credibilidade para com informações oficiais de órgãos governamentais (Pontes *et al.*, 2021).

**Figura 2:** Comunidade Parque das Tribos, Tatumã-Açú, Manaus/AM.



Fonte: Google Maps, 2023.

Manaus é considerada hoje a aldeia mais urbana do Brasil, constituída de 72 mil indígenas autodeclarados (IBGE, 2022) e nos diversos territórios indígenas dentro da mesma cidade, cabe dizer que o Parque das Tribos se constitui o território mais pluriétnico vivendo no mesmo espaço e com características ambientais que acessam a ancestralidade e a cultura dos povos originários. Nesta localidade existe um fragmento de floresta de 7 hectares que sedia três

olhos d'água e fica às margens de um dos braços do Rio Tarumã-Açu. É uma área de transição, de lazer e que os indígenas urbanos coletam frutos para sua subsistência. É um espaço com sentido e significado pela comunidade e que representa bandeira de resistência diante da ameaça imobiliária que são vetores do modelo de iniquidade histórico-social das cidades. É sabido que as cidades levam grupos étnicos em vulnerabilização à precariedade das oportunidades e do acesso aos serviços de saúde (Tobias *et al.*, 2023). O urbano precisa incorporar o democrático, o diverso, os direitos dos povos indígenas, independente dos espaços que estejam, a fim de compreender que ser indígena extrapola a ideia reducionista de confinamento territorial para atribuições de sua identidade e cultura (Alves *et al.*, 2023). Em que pese os desafios, a área florestal preservada no Parque das Tribos conversa com a ontologia indígena de manter suas tradições culturais e seu modo de vida das aldeias, embora estando na cidade.

Em tempos distópicos permeados pelo sistema de desigualdades exacerbadas relacionadas ao antropoceno, sobretudo nas cidades, a utopia do “Bem Viver”, proposta pelos indígenas de Sumak Kawsay, se apresenta tão necessária e como possibilidade epistemológica e conduta ético-política de indígenas urbanos em Manaus. Acosta (2016) resgata o conceito, a resistência, a atitude, o comportamento, o posicionamento ético-político do termo “*buen vivir*” como alternativa de modelo de produção advindo do Sul Global. Indo além, o bem viver consiste em oportunidade de construção de uma “*diversocracia*” ou “*demodiversidade*” sustentada em uma convivência cidadã, em diversidade e harmonia com a natureza, a partir do conhecimento dos povos culturais existentes. Ante ao conceito, é premissa o entendimento dos povos originários e seus modos colaborativos de ser e de se relacionar com a natureza, além de conhecer o sistema de escolhas e processos autopoieticos em ambiente urbano. Assim, são necessários estudos com metodologias participativas que busquem os valores da ancestralidade encontradas no Bem-Viver que se deparam com os desafios do viver urbano de indígenas, bem como que subvertam a ordem hierárquica da produção do conhecimento, decolonizando pensamentos hegemônicos.

Neste contexto de vulnerabilidades e mudanças, uma proposta de pesquisa apresentada ao edital “*Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde – PMA Inova Fiocruz 2023*” se coloca como uma maneira de dialogar e coproduzir ações e conhecimentos com os indígenas do Parque das Tribos. A proposta, delineada como uma pesquisa-ação (Thiollent, 2011) visa a implementar um projeto piloto de jovens indígenas como agentes da saúde voltados a ação por meio de temas e problemas ambientais.

A inspiração para o projeto remete a uma política pública implementada a partir de 2005 no município de São Paulo/SP em articulação com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), denominada “*Projeto*

*Ambientes Verdes e Saudáveis-PAVS: Construindo Políticas Públicas Integradas*”. O PAVS foi incorporado em 2008 pelo Programa na Estratégia Saúde da Família-ESF de São Paulo e possibilitou capacitação e empoderamento de milhares de agentes comunitários de saúde, sobretudo para atuação envolvendo temas socioambientais, também instituindo agentes de promoção ambiental, dedicados a uma atenda integrada de saúde e ambiente em unidades de saúde, tendo como eixos a intersectorialidade, a sustentabilidade das intervenções no território e o empoderamento das comunidades atendidas<sup>24</sup>.

O modelo do PAVS se coloca ainda mais interessante sobre a perspectiva dialógica e de auto-organização por permitir que decisões sobre projetos a realizar sejam tomadas nas comunidades. A proposta de agentes da natureza e da saúde delinea uma co-criação de posturas de resistência comunitária e modelos de sustentabilidade ambiental que enfoca as relações do ser humano-humano e não-humano. É o corpo-território e as territorialidades em sinergia, tecendo a construção de paradigmas de promoção da saúde e sustentabilidade, a partir do pluriverso indígena nas cidades. Isso enseja uma importante abertura ao protagonismo local e ao empoderamento das comunidades. No caso, a proposta para o Parque das Tribos assume, portanto, a necessidade de incorporar a sobreposição constante e reorganização de distintas células culturais no território da comunidade multiétnica, reconhecendo a importância fundamental dos múltiplos aspectos culturais e identitários, conforme se constituem e se ressignificam no processo de apropriação do espaço urbano (Alves *et al.*, 2023).

A propósito, desde o título do projeto já se faz valer uma perspectiva de legitimidade a partir de interação com moradores indígenas do Parque das Tribos. Por ocasião da elaboração do projeto, o pesquisador Rodrigo Tobias (ILMD-Fiocruz/Amazônia), coordenador da proposta, realizou uma reunião com lideranças indígenas da comunidade. Em diálogo e apresentação das ideias do projeto, os moradores locais apresentaram uma compreensão notadamente indígena sobre suas compreensões entre saúde, roça (mandioca) e o ambiente, o que imediatamente influenciou na delimitação do título do projeto, como sendo: *“Programa ‘Agentes de Saúde e Natureza’: do pluriverso indígena para a gênese de políticas de promoção da saúde”*.

A questão central da proposta remete a selecionar jovens de distintas etnias da comunidade para realizar um processo dialógico de capacitação e introduzir suas atividades enquanto medidas de promoção de saúde ambiental no contexto do local de estudo e ação. Em princípio, tanto a interação com os

---

**24** - Detalhes sobre o PAVS em url: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2015/sms-10219/sms-10219-6878.pdf>, acesso em 30/01/2024.

jovens como a própria dialógica deles com a comunidade devem constituir um processo de coprodução de conhecimentos e tomada de decisões para quesitos relevantes no contexto dos determinantes socioambientais da saúde. Nesse sentido, a proposta pretende constituir uma abertura para o pluriverso de significados, fertilizando possibilidades distintas de ações que sejam legítimas do ponto de vista do contexto sociocultural e urbano em transformação.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dilemas do Antropoceno não apenas demonstram que os habitantes do planeta estão sujeitos a problemas globais de repercussões intrínsecas em contextos locais, mas também, impulsionam ao reconhecimento que os contextos locais, plurais em problemáticas e recursos peculiares, precisam constantemente responder na medida de seus condicionantes, vulnerabilidades e capacidades. Nesse sentido, vale sempre reforçar que a busca da saúde e da sustentabilidade remete a encontrar um significado e uma gama de possibilidades em cada comunidade.

Neste texto, exploramos o papel fundamental da diversidade de saberes e capacidades arraigadas a contextos periféricos e em condições de vulnerabilidade mediante a desdobramentos de crises e mudanças de magnitude planetária. Ressaltamos o caráter natural de auto-organização que provém da essência existencial das comunidades e das pessoas, dentro de uma perspectiva sócio-ecológica. Nisso, arguimos sobre a importância de criar aberturas para o acoplamento entre distintos saberes e competências. Ou seja, no caso da comunidade Parque das Tribos, em Manaus, a suposição de proposta de pesquisa e ação se coloca a partir de uma fusão entre uma experiência de política pública e um processo de resignificação da natureza enquanto condicionante da saúde coletiva. Para o caso do povo Gunadule do Panamá, colocamos a expectativa de tratar de um problema reconhecido no meio acadêmico, no caso o nexo água-energia-alimentos, desde a perspectiva de vulnerabilidade e a partir da visão de mundo dos indígenas que sofrem consequências das mudanças climáticas.

As abordagens, portanto, se colocam de forma contra hegemônica uma vez que criam aberturas justamente para evitar a convencional prática acadêmica prescritiva, que por sua vez é impeditiva a acoplamentos estruturais. E é justamente nesta proposição de coprodução que arguimos sobre a possibilidade de promover intervenções cosmopolíticas, no sentido de gerar abertura para construir soluções e ações desde um processo de aproximação de saberes e visões de mundo muito distintas, porém, capazes de gerar alternativas legítimas e medidas aplicáveis, passíveis de apropriação dentre realidades cognitivas separadas por distâncias abissais. Nesse sentido, reforçamos que

a busca por uma democratização de saberes não se constitui apenas como medida fundamental de justiça social e cognitiva, na verdade, tratamos da necessidade de valorizar a diversidade de ideias e capacidades criativas, promovendo engajamento, empoderamento e ações efetivamente aplicáveis para com os desafios contemporâneos globais.



## REFERÊNCIAS

- Acosta, A. (2016). **O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos**. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante.
- Alves, R.A.L.; Gomes, L.E.; Toledo, N.N.; Schweickardt, J.C.; Tobias, R. (2023). “NINGUÉM DEIXA DE SER INDÍGENA PORQUE MORA NA CIDADE”: um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os povos indígenas no contexto pandêmico de Covid-19. In: Tobias, R. *et al.* A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural. Em: **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural**. [s.l: s.n.]. p. 306–306.
- Brydon-Miller, M.; Greenwood, D.; Maguire, P. (2003). **Why action research?** [s.l.] Sage Publications.
- Cairns, R.; Krzywoszynska, A. (2016). Anatomy of a buzzword: the emergence of ‘the water-energy-food nexus’ in **UK natural resource debates**. n v. 64, p. 164–170.
- Christopher, S. *et al.* (2008). Building and maintaining trust in a community-based participatory research partnership. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 8, p. 1398.
- CONGRESO GENERAL GUNA. **Informaciones 2019**. Disponível em: <https://www.gunayala.org.pa/>. Acesso em: 07 set. 2023.
- De Leon, C. (2017). Resignificación política del manejo de los recursos naturales en una comunidad indígena de Panamá: los gunas y el turismo. **Revista Ecología Política**, p. 45-48.
- Toledo, R. F. & Giatti, L. L. (2014). Challenges to participation in action research. **Health promotion international**, v. 30, n. 1, p. 162–173.
- Folke, C. *et al.* (2010). Resilience thinking: integrating resilience, adaptability and transformability. **Ecology and society**, v. 15, n. 4.

- Freire, P. (2017). **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 64ª ed.
- Freudenberg, N.; Tsui, E. (2014). Evidence, power, and policy change in community-based participatory research. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 1, p. 11–14.
- Giatti, L. L. *et al.* (2019). Nexos de exclusão e desafios de sustentabilidade e saúde em uma periferia urbana no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00007918.
- Giatti, L. L. (2019). **Participatory Research in the Post-Normal Age: Unsustainability and Uncertainties to Rethink Paulo Freire’s Pedagogy of the Oppressed**. [s.l.] Springer.
- Giatti, L. L.; Maksud, I. (2023). O Antropoceno, a crise ambiental e as desigualdades no acesso a serviços e políticas de saúde. **Saúde e Sociedade, SciELO Public Health**.
- Henig, D.; Knight, D. M. (2023). Polycrisis: Prompts for an emerging worldview. **Anthropology Today**, v. 39, n. 2, p. 3–6.
- Hernández, A. (2017). Una parte de la autonomía Guna: la educación bilingüe intercultural. **Revista de Estudios Latinoamericanos**, p. 61-68.
- Hirschfeld, K. (2020). Microbial insurgency: theorizing global health in the Anthropocene. **The Anthropocene Review**, v. 7, n. 1, p. 3–18.
- Hoff, H. (2011). **Understanding the nexus: Background paper for the Bonn2011 Nexus Conference**. [s.l.] SEI.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2022). Atualização dos dados da publicação “População e Domicílios: Primeiros Resultados”. **Nota metodológica** n. 01.
- Lucero, J. E.; Wright, K. E.; Reese, A. (2017). TRUST DEVELOPMENT IN CBPR PARTNERSHIPS. **Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity**, p. 61.
- Luhmann, N. (1997). O conceito de sociedade. In: Neves, C. B., Samios, E. M. B. (Org.). **Niklas Luhmann: a nova teoria dos sistemas**. Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- Magnani, J. G. C. (2002). **De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana**. v. 14, n. 49.

- Mainbourg, E. *et al.* (2008). População Indígena da Cidade de Manaus: Demografia e SUS In: Almeida, A.W.B. de; Santos, G.S. dos (Orgs.): **Estigmatização e território—Mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/Editora da Universidade Federal do Amazonas, p. 193–210.
- Masson-Delmotte, V. *et al.* (2022). **Global Warming of 1.5 C: IPCC special report on impacts of global warming of 1.5 C above pre-industrial levels in context of strengthening response to climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty**. [s.l.] Cambridge University Press.
- Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1992). *The tree of knowledge* (rev. ed.). Boston: Shambala.
- Olivar, J. M. N. *et al.* (2022). 'Rio Negro, We care'. Indigenous women, cosmopolitics and public health in the COVID-19 pandemic. **Global Public Health**, v. 17, n. 11, p. 3126–3141.
- Pontes, G. S. *et al.* (2021). Increased vulnerability to SARS-CoV-2 infection among indigenous people living in the urban area of Manaus. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 17534.
- Preiser, R. *et al.* (2018). Social-ecological systems as complex adaptive systems. **Ecology and Society**, v. 23, n. 4.
- Santos, B. S. (2009). **Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social**. [s.l.] Siglo XXI.
- Santos, B. S. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos-CEBRAP**, n. 79, p. 71–94.
- Scoones, I.; Stirling, A. (2020). **The Politics of Uncertainty: Challenges of Transformation**. [s.l.] Taylor & Francis.
- Souza, D. T.; Wals, A. E.; Jacobi, P. R. (2019). Learning-based transformations towards sustainability: a relational approach based on Humberto Maturana and Paulo Freire. **Environmental Education Research**, p. 1–15.
- Steffen, W. *et al.* (2015). The trajectory of the Anthropocene: the great acceleration. **The Anthropocene Review**, v. 2, n. 1, p. 81–98.
- Stengers, I. (2018). A proposição cosmopolítica. **Revista do instituto de Estudos Brasileiros**, n. 69, p. 442–464.

- Thiollent, M. (2011). **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez.
- Tobias, R. *et al.* (2023). Direito à cidade para povos indígenas na perspectiva do direito à saúde: uma revisão integrativa. **Arq.Urb**, (38), 31–41. Disponível em: <https://doi.org/10.37916/arq.urb.vi38.679>
- Wagua, A. (2007). **Así lo vi y así me lo contaron: datos de la Revolución Guna de 1925, versión del Sagladummad Inakeliginya y de gunas que vivieron la revolución de 1925**. FONDO MIXTO HISPANO - PANAMEÑO DE COOPERACIÓN.
- Wallerstein, N. *et al.* (2017). Shared Participatory Research Principles and Methodologies: Perspectives from the USA and Brazil—45 Years after Paulo Freire’s “Pedagogy of the Oppressed”. **Societies**, v. 7, n. 2, p. 6.
- Wallerstein, N.; Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. **American journal of public health**, v. 100, n. S1, p. S40–S46.

# Perspectivas da Interculturalidade no enfrentamento da COVID-19 em uma Aldeia na Região de Fronteira Norte:

*resistência e diálogos produzindo saúde para adiar o fim do mundo*



**Raynara de Araújo Evangelista**  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima**  
**Alline Aparecida Pereira**  
**Allan Charles Pereira**



## INTRODUÇÃO

**O** subsistema de atenção a saúde dos povos indígenas é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e foi criado para atender a população indígena aldeada, sendo que sofreu com a falta de estrutura e de recursos para tratamento de complicações mais severas, sobretudo no enfrentamento à covid-19. Devem ser considerados os modos de vida dos povos indígenas para adoção de medidas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas aldeias considerando assim suas especificidades epidemiológicas, socioculturais e sobretudo fortalecendo seus saberes no âmbito da atenção à saúde (APIB, 2020, Brasil, 2002).

É reconhecida a complexidade da produção da saúde no *território líquido* (Schweickardt; Lima; Ferla, 2022), sobretudo na Amazônia, que inclui aspec-

tos culturais, relativos aos saberes ancestrais, entre outros, o que mobiliza saberes diversos, para além dos saberes biomédicos, e a aprendizagem permanente para a organização satisfatória de respostas de cuidado (Ferla, 2021).

Diante do exposto, as equipes de saúde que atuam em territórios indígenas necessitam da compreensão, para além da medicina ocidental, das redes tradicionais locais de cuidados em saúde, dos recursos da medicina indígena e do contexto dos sistemas locais de saúde (Garnelo & Pontes, 2012). O que torna necessário reconhecer e produzir redes de pessoas que produzem cuidado em cada território.

Assim, torna-se importante saber quem são esses atores acionados como primeira resposta de cuidados? Conhecer e identificar para desenvolver as articulações com os especialistas de sua medicina indígena e buscando adotar em parceria as recomendações da gestão técnica do DSEI, que permitam organizar o cuidado em acordo com a realidade desses territórios, feita em conjunto com todos, no intuito de proteger sua saúde e seus sistemas próprios de cuidados.

Este estudo foi realizado como objetivo de analisar as medidas sanitárias realizadas pelas equipes multiprofissionais e pela gestão dos serviços de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (DSEI-ARS), Amazonas, Brasil, no período de 2020 a 2023. Buscamos levantar as medidas sanitárias realizadas pela gestão deste DSEI-ARS, descrevendo a percepção dos profissionais de saúde sobre o enfrentamento à covid-19 e como ocorreram o cuidado prestado à população da etnia ticuna na tríplice fronteira amazônica, compreendendo o uso de práticas tradicionais e costumes dos indígenas da etnia Ticuna no enfrentamento da Covid-19, na perspectiva dos profissionais de saúde do DSEI.

A metodologia utilizada foi de estudo de caso com abordagem qualitativa e descritiva, sobre as medidas sanitárias adotadas ao Covid-19 na aldeia indígena de Feijoal, localizada na tríplice fronteira Brasil/Peru/Colômbia. Foram observadas as percepções da gestão do cuidado de gestores, trabalhadores da saúde, bem como do conhecimento tradicional de indígenas Ticunas de uma aldeia específica da região de tríplice fronteira amazônica.

O estudo foi realizado no Polo Base de Feijoal, na Aldeia Indígena de Feijoal, pertencente ao DSEI Alto Rio Solimões, na cidade de Benjamin Constant – AM. De acordo com o sistema de informação da saúde indígena local da aldeia de Feijoal, o Polo Base de Feijoal tem cadastrado um total de 8.250 pessoas, deste fazem parte 14 aldeias, mas somente foi incluída no estudo a aldeia indígena de Feijoal, que possui um total de 4.510 indígenas aldeados (SESAI, 2022). O DSEI Alto Rio Solimões, encontra-se situado na cidade de Tabatinga-AM, porém atende a uma população de 72.158 indígenas, entre 28 etnias, com 243 aldeias, distribuídos em um espaço físico de 79.763,43 Km<sup>2</sup>.

Para o atendimento da população indígena dispõe de 14 Unidades Básicas de Saúde Indígena, 13 Polo-Bases e 01 Casa de Saúde Indígena (SESAI, 2022).

A escolha deste Polo Base de Feijóal e sua relação com a tríplice fronteira amazônica foi intencional, devido a sua localização e características: este polo base tem dois municípios distintos (Tabatinga e Benjamin Constant), que recebem os fluxos de encaminhamentos do referido polo para as demais redes de atenção à saúde. A aldeia de Feijóal apresenta um alto fluxo de indígenas de outras nacionalidades como Peru e Colômbia, que apresentam fortes laços familiares, mas as equipes não possuem um instrumento capaz de identificar a entrada exata desse indígena nas aldeias. E em casos de doenças, as redes de autocuidado são sempre os primeiros a serem acionados. Considera-se que os fatores descritos constituem um campo complexo de análise, incluindo aspectos culturais, sanitários e operacionais.

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde que atuaram no enfrentamento da covid-19, sendo escolhidos aleatoriamente alguns dos integrantes da equipe multidisciplinar em saúde indígena do polo base de Feijóal, equipe de coordenação da gestão e DIASI, atuantes no DSEI Alto Rio Solimões.

Este capítulo faz parte da dissertação intitulada a covid-19 e o cotidiano dos serviços de saúde indígena na região de tríplice fronteira amazônica com o seguinte objetivo: analisar as medidas sanitárias realizadas pelas equipes multiprofissionais e pela gestão dos serviços de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil, respondendo a uma das perguntas indutora a) Quais as estratégias de enfrentamento da Covid-19 e os processos de cuidado realizados pelas equipes multiprofissionais do DSEI-ARS?

A partir daí pudemos categorizar em o uso de plantas medicinais no enfrentamento à covid-19 e caminhos para construir diálogos entre a biomedicina e a medicina indígena. O presente estudo foi realizado mediante esclarecimento prévio do conteúdo e o objetivo do estudo e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais selecionados como atores na pesquisa, além de termo de anuência assinado pelo respectivo gestor da DSEI Alto Rio Solimões, devendo respeitar os princípios éticos contidos na Resolução nº. 466/2012.

Ressalta-se que a pesquisa faz parte de um Projeto Guarda-chuva, intitulado: Avaliação, Monitoramento e Educação Permanente para a Gestão do SUS: O desempenho de serviços de saúde e um modelo de análise dos indicadores e ações da gestão do SUS no Amazonas, sob Parecer nº. 5.728.892.

Nesse contexto, esta pesquisa preservou a autonomia dos sujeitos participantes, não ocasionado - lhe algum mal, mantendo-se justo ao propósito

da não maleficência, garantindo fidelidade, equidade e veracidade, no desenvolvimento da mesma, além de manter o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa e confiabilidade das respostas obtidas, sendo assegurado o direito aos sujeitos de estudo em desistir do presente estudo quando lhe aprouver, mantendo o anonimato dos participantes (Brasil, 2012).

Para conhecer os distritos sanitários de saúde e sua importância na busca da saúde indígena de qualidade no Brasil, é preciso conhecer como se deu essa implantação. Os DSEI consistem em um modelo próprio de organização dos serviços orientados para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Assim, contemplam um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (Brasil, 2002).

No caso analisado, a interculturalidade está presente e se aplica no encontro entre os profissionais de saúde não indígenas e seus conhecimentos ocidentais com os detentores do conhecimento tradicional e suas redes de cuidado para construção para um processo contínuo de aprendizagem.

Para Fleuri (2005) o conceito de interculturalidade surge nos processos de colonização e descolonização dos povos ao longo dos tempos. O termo é usado para indicar um conjunto de propostas de convivência democrática entre diferentes culturas, buscando a integração entre elas, sem anular suas diversidades. Ao contrário, *“fomentando o potencial criativo e vital resultante das relações entre diferentes agentes e seus respectivos contextos”*. O termo tem origem e vem sendo utilizado com frequência nas teorias e ações pedagógicas, mas saiu do contexto educacional e ganhou maior amplitude passando a referir-se também às práticas culturais e políticas públicas (Fleuri, 2005, p. 1).

A interculturalidade, segundo Schweickardt, Freitas & Ahmadpour (2020) não é somente de uma relação entre dois sujeitos de culturas diferentes que se encontram, mas traz consigo um projeto ético-político e um caráter epistêmico diante da diferença. *“No entanto, o que estamos dizendo é que esse é um processo de aprendizagens inter-epistêmicos, ou seja, os envolvidos na relação precisam aprender com a diferença com a reflexão sobre as suas identidades na construção de algo novo”* e sendo este um constante processo de construção dessa aprendizagem intercultural (Schweickardt, Freitas & Ahmadpour, 2020, p. 15).

Dessa premissa conceitual do termo interculturalidade, surge outro contexto, fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Madeleine Leininger (1991) para discutir diversidade cultural e formas de autocuidado de culturas diferentes.

Nesse contexto, essa teoria compreende que as culturas são os valores, crenças, ritos, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, partilhados e transmitidos de maneiras padronizadas. Para esta teórica, o cuidado tem como foco o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas, em que o conhecimento científico e humanizado é capaz de viabilizar a prática do cuidado universal (Leininger, 1991). Assim, o princípio de integralidade do SUS se faz presente e, em especial, é reforçado através da interculturalidade acima caracterizada.

Parte do título deste nosso capítulo também se inspira no livro de Ailton Krenak (2020) intitulado *Ideias para adiar o fim do mundo*. O autor, a partir de sua ótica indígena do povo Krenak, nos retoma sobre o extermínio de milhões de pessoas e povos que, por fazer jus a sua ética de existência, foram engolidas pela colonização e, nessa perspectiva colonial, por não serem considerados humanos pela suposta lente colonizadora, ao se encontrarem, se tem um fim do mundo figurado por um fenômeno chamado de epidemia (Krenak, 2020, p.71).

O mesmo autor também nos traz, em *Caminhos para a cultura do bem viver*, uma importante relação do crescimento econômico (por meio dos grandes empreendimentos) com o Coronavírus da Pandemia da Covid-19. Ou seja, a falta de ar que ambas as situações nos proporcionam é sim, o anúncio prévio de Gaia, o nosso planeta vivo, inteligente e potente, sobre o nosso desligamento, a morte. Nesse sentido, precisamos apostar no Bem-Viver.

Conforme Ailton Krenak, ainda em texto supracitado, essa expressão se refere à “*difícil experiência de manter um equilíbrio entre o que nós podemos obter da vida, da natureza, e o que nós podemos devolver*” e, apesar de se parecer com o debate do desenvolvimento sustentável, Krenak nos alerta que não é, justamente por vivermos em um país com a marca da desigualdade. Assim, é preciso considerar, sobretudo, que a sustentabilidade não é pessoal, mas sim, diz respeito à ecologia do lugar.

A Psicologia, por meio das Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) junto aos povos indígenas (CFP, 2022) reafirma a valorização das diversas formas de sentidos de prevenção e promoção da saúde dos povos indígenas, sendo a educação popular um processo fundamental para a interculturalidade na atenção básica da saúde desses povos, uma vez que fomenta os princípios do SUS através da equidade do acesso e da integralidade da assistência.

Nas populações indígenas, as marcas das desigualdades e do isolamento se expressam na dificuldade de acesso aos cuidados de atenção primária em saúde, na falta de profissionais de saúde para atendimento nas aldeias, principalmente do médico, e na própria estrutura das Unidades Básicas de Saúde.

de, que perecem por não suprirem as demandas da população, muito antes dos tempos de pandemia. As vulnerabilidades sociais e demográficas nestas aldeias indicam um alto risco para infecção e complicações por Coronavírus. Nas aldeias de Dourados há um grande número de pessoas indocumentadas, vivendo em áreas de conflito que não foram reconhecidas pelo Estado brasileiro como indígenas (Barreto, 2017).

Apesar da falta de dados precisos, as informações disponíveis mostram a coexistência de uma série de condições e fatores relativos à vulnerabilidade de determinados territórios e grupos sociais, incluindo povos indígenas, que enfrentam desafios singulares, como altos níveis de pobreza, falta de acesso a serviços básicos, como água e saneamento, e níveis mais baixos de alfabetização (OPAS, 2020). As condições de vulnerabilidade a que estão expostas essas populações derivam da omissão de políticas públicas, da ocupação predatória dos territórios indígenas para fins de exploração, pelos conflitos étnicos e pelo uso da terra, além de baixo investimento público para a proteção dos povos indígenas. A ocupação desordenada e arbitrária das terras originais também ameaça a vida de outros grupos populacionais, pela deterioração do ambiente e pelas condições de adoecimento e morte que estão associadas a essas formas de ocupação.

Nesse sentido, fatores que podem aumentar a vulnerabilidade desses grupos incluem barreiras de acesso a serviços de saúde, maior prevalência de doenças crônicas, exposição aumentada ao risco de doenças infecciosas transmitidas pelos invasores, menos acesso a redes de segurança social, desconfiança causada pelo histórico de racismo, e altos níveis de trabalho informal. As características enfrentadas pelos indígenas e afrodescendentes, que geralmente moram longe dos serviços de saúde, tornam essas populações vulneráveis (OPAS, 2020).

Essa vulnerabilidade e exposição exacerbadas à covid-19 não afetam todas as comunidades da mesma maneira, devido a diferenças entre elas. Portanto, deve-se adotar abordagens diferenciadas, que levem em conta o modo particular de vida de cada uma delas. Por exemplo, as peculiaridades dos povos indígenas que vivem em isolamento voluntário, sem contato sustentado com populações de maioria não indígena e que, portanto, estão menos expostas ao contágio de microorganismos infecciosos urbanos. Há de se considerar também os diferentes modos de vida desses grupos em áreas urbanas ou rurais, que requerem abordagens específicas. Além disso, papéis de gênero culturalmente relevantes devem ser considerados em todos os assuntos relativos à pandemia (APIB, 2020).

Nesse contexto, vale ressaltar que as equipes de saúde devem trabalhar lado a lado com os povos indígenas, afrodescendentes e outros gru-

pos étnicos para elaborar recomendações que sejam aceitáveis para esses grupos, no intuito de proteger sua saúde. Os métodos de comunicação incluem diálogos interculturais, intercâmbios e assembleias. Essas recomendações são revisadas com o líder da comunidade desde seu ponto de vista, que se encarrega de difundir as tarefas entre os membros da comunidade. É importante incentivar a participação social e parcerias estratégicas com povos indígenas, afrodescendentes e membros de outros grupos étnicos, conforme o contexto nacional, garantindo a representatividade de mulheres e homens nas atividades da Covid-19.

O intuito é incentivar a participação efetiva, esforços conjuntos, engajamento e parcerias estratégicas entre autoridades de saúde, outras instituições governamentais, organizações locais e o público em geral para promover atividades que aumentem a inclusão, equidade e igualdade na resposta à pandemia. Os governos devem criar oportunidades de participação e diálogo, não apenas para lidar com os efeitos da covid-19 especificamente, mas para o gerenciamento da fase de resposta pós-emergência, na qual serão necessárias atividades que promovam recuperação econômica e social (OPAS, 2020).

Como resultado da pesquisa anteriormente descrita, foram construídos dois eixos temáticos: o uso de plantas medicinais no enfrentamento à covid-19 e caminhos para construir diálogos entre a biomedicina e a medicina indígena.



## PLANTAS MEDICINAIS E ENFRENTAMENTO DA COVID-19

No Brasil, o arcabouço legal relacionado ao tema, refere-se à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), consolidando por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de julho de 2006, cuja proposta versa em ofertar em usuários do SUS mais uma opção terapêutica de saúde, com segurança, eficácia e qualidade. Basicamente a política nacional fundamenta-se em uma importante estratégia para a melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social (Brasil, 2006).

Na aldeia indígena de Feijoal, o uso das práticas de medidas não farmacológicas recomendadas pela gestão do DSEI, mostrou a presença da interculturalidade durante os atendimentos nos domicílios, feitos pelas equipes de saúde não indígenas, onde foram evidenciadas práticas de tratamentos ofertadas pelos especialistas da medicina indígena.

Para Flor e Barbosa (2015), em seu estudo, as plantas medicinais são aquelas que possuem princípios bioativos com propriedades profiláticas ou terapêuticas. O uso de plantas medicinais é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, órgão do Ministério da Saúde, que

normatizam quais, quando e como as chamadas “*drogas vegetais*” devem ser usadas. Mais precisamente, regulamenta o uso de partes das plantas medicinais: folhas, cascas, raízes ou flores, como opção terapêutica, no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006). Os remédios tradicionais são preparados a partir de vegetais e os medicamentos fitoterápicos, ambos são obtidos de plantas medicinais, mas diferente na elaboração. Os remédios provêm de partes dos vegetais como, por exemplo, folhas frescas ou secas, inteiras ou rasuradas, utilizadas nos chás, infusões e tinturas.

Ainda de acordo com Flor e Barbosa (2015, p. 758) “*as plantas medicinais são excelentes opções, pois além do seu baixo custo, contribuem para o resgate do conhecimento popular, na medida em que esse conhecimento sistematizado é incorporado nas normas, e a promoção de seu uso responsável, embasado nos conhecimentos científicos*”.

Já Gaudêncio *et al.* (2020, p. 166), em seu estudo voltado para plantas medicinais, abordam os “*conhecimentos indígenas para a cura de doenças e o uso de ervas para fins medicinais*”, ou seja, o conhecimento indígena pode ser definido como um conjunto cumulativo de crenças e conhecimentos que são transmitidos de geração em geração em sua comunidade, pela transmissão cultural sobre as relações existentes entre os seres vivos e o seu ambiente. Além disso, os indígenas têm um aguçado senso das árvores características, dos arbustos e das ervas próprias de cada “*associação vegetal*”, tomando essa expressão em seu sentido ecológico. Eles são capazes de enumerar nos mínimos detalhes e sem nenhuma hesitação as árvores próprias para cada associação, o gênero de fibras e de resina, as ervas, as matérias-primas que fornecem, assim como os mamíferos e pássaros que frequentam cada tipo de habitat. Na verdade, seus conhecimentos são tão exatos e detalhados, que sabem também nomear os tipos de transição (Gaudêncio *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único da Saúde), aprovada pela Portaria GM nº 971, de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa, acupuntura, plantas medicinais e homeopatia, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica, promovendo a inserção destas práticas no SUS (Brasil, 2006). Ainda é escassa a referência à medicina indígena na Política, que não abrange os saberes ancestrais dos povos indígenas, talvez porque se trate mais de uma base epistêmica diversa. O fato é que o uso de plantas medicinais conecta uma e outra dessas bases epistêmicas.

As plantas medicinais são utilizadas em comunidades tradicionais, como as indígenas e quilombolas, como remédios caseiros, sendo considerada a matéria prima para fabricação de fitoterápicos e outros medicamentos (Leão, Ferreira &

Jardim, 2007). Entretanto, seu uso nos territórios indígenas não está associado à validação biomédica ou sanitária, senão da transmissão oral entre gerações.

As plantas medicinais são excelentes opções, pois além do seu baixo custo, contribuem para o resgate do conhecimento popular, na medida em que esse conhecimento sistematizado é incorporado nas normas, e a promoção de seu uso responsável, embasado nos conhecimentos científicos. Suas práticas curativas e preventivas estão relacionadas com o modo como é percebido a doença e suas causas, sendo realizadas pelo pajé em rituais cheios de 35 elementos mágicos e místicos (Arnous, Santos & Beinner, 2009).

Andrade (2022) traz em seu estudo qualitativo e descritivo, realizado na Universidade Federal de Manaus, em 2022, que algumas espécies de plantas foram citadas pelos participantes no enfrentamento não farmacológico da covid-19 nas aldeias indígenas, a seguir: jambu (*Spilanthes acmella* (L) L.), limão (*Citrus Limonium*), alho (*Allium sativum*), alho bravo (*Allium sativum*), Corama (*Bryophyllum Pinnatum*), mastruz (*Dysphania Ambrosioides*), manjerição (*Ocimum basilicum* L.) e copaíba (*Copaifera langsdorffii*).

Ainda segundo Andrade (2022), o mastruz (*Dysphania Ambrosioides*) após macerado e filtrado, tem seu sumo utilizado para dor na Garganta e tosse, e outras citadas acima servem principalmente para chá e xarope. As folhas do manjerição aromático são usadas para chá que se toma contra o resfriado comum ou a tosse. Já o chá do Jambu (*Spilanthes acmella* (L) L.), em um recipiente em média de 1 litro de água, após pôr caule, raiz e folha dentro do recipiente até ferver, e logo adicionar um (1) dente de alho (*Allium sativum*), e logo coar para outro recipiente e adicionar uma (1) gota de óleo de andiroba (*Carapa guianensis* Aubl) e um (1) pingo de copaíba (*Copaifera langsdorffii*) e tomar diariamente.

Segundo Andrade (2022), é possível observar que a pandemia causada por uma doença nova, o covid-19, trouxe à tona a busca por alternativas à medicina convencional. Sendo assim, as práticas tradicionais foram tratadas com maior atenção e valor por parte da população. Apesar da pandemia de covid-19, o uso de produtos naturais foi utilizado em vários planos de cuidados tradicionais das pessoas, evitando várias internações hospitalares, isolamento e morte. Há vários relatos do uso de plantas medicinais em localizações dos municípios do Alto Solimões, Amazonas, especialmente a etnia Ticuna. As pessoas usuárias de plantas medicinais tiveram conhecimento do uso para o enfrentamento da covid-19 por contatos pessoais e referem a importância em divulgar esses procedimentos e tudo que aborda sobre os remédios caseiros de origem vegetal, que também são comercializados e bem conhecidos popularmente pelas pessoas da Comunidade Ticuna. Os remédios tradicionais não têm a pretensão de curar a doença, sobretudo as doenças que pertencem

ao conhecimento biomédico (“doenças de brancos”), mas atuam no estabelecimento de um equilíbrio mais favorável entre a capacidade de resistência das pessoas e coletividades e os efeitos de uma doença ou agravo à saúde. Também é preciso destacar que o uso de produtos naturais não exclui outras práticas de cuidado, indicadas por especialistas indígenas. Assim, fica nítida a diferença cultural na abordagem da saúde, sobretudo a naturalização do medicamento, que não é constatada na cultura indígena.

## BIOMEDICINA E A MEDICINA INDÍGENA: CAMINHOS DE DIÁLOGOS

As práticas de cuidado em saúde em contexto intercultural ganharam novos significados no cotidiano dos serviços do DSEI-ARS, evidenciando o encontro de saberes da biomedicina e da medicina indígena e promovendo vida nos territórios dos Ticunas em região de fronteira norte amazônica. A restrição da oferta de ações biomédicas, justamente pela redução da circulação de pessoas (inclusos os trabalhadores de saúde do sistema biomédico), permitiu maior visibilidade das práticas tradicionais e ancestrais.

## USO DA MEDICINA INDÍGENA DURANTE O ENFRENTAMENTO DE COVID-19 NO DSEI-ARS

De acordo com as opiniões abaixo citadas, evidencia-se o uso da medicina indígena, através de raízes, xaropes, chás, banhos de folhas e rituais, utilizados na pandemia do coronavírus como forma de cuidado e prevenção. Durante as falas dos entrevistados, percebe-se a grande importância do uso da medicina indígena no tratamento de certas doenças e principalmente seu uso fortalecido no período pandêmico. Desta forma podemos observar a prática da interculturalidade sendo desenvolvida nessas aldeias. Respeitando seus saberes, seus modos próprios de articulação entre os sistemas de cuidados em saúde locais, contribuindo com os seus atores e somando as formas de cuidados para as populações indígenas aldeadas, a medicina indígena durante a pandemia foi considerada como grande protagonista no cuidado de seus povos.

Sim. Identifiquei o uso de chás como jambu, limão, copaíba, mastruz, alho, ervas em geral (PFS01).

Foi muito interessante perceber como que na cultura eles utilizam ervas, raízes, folhas, várias medicinas naturais para poder tratar sintomas respiratórios, congestão nasal, dificuldade para respirar, quadro de viroses e pneumonias bacterianas e no caso

de Covid-19 foi utilizado várias ervas medicinais, rituais religiosos, terapêuticos (PFS04).

Sim, a população indígena faz uso da sua medicina indígena tradicional através de chás, inalações de vapor de ervas, infusão de bebidas, etc... tanto no tratamento de covid-19 e no tratamento de outras doenças (PFS03).

A PNASPI (Brasil, 2002) orienta essa articulação entre os saberes da biomedicina com os especialistas tradicionais, trazendo o respeito das práticas e valores do sistema tradicional e considerando o reconhecimento da diversidade dos povos indígenas. Pela abordagem intercultural, a Política alerta para o risco de colonialismos culturais, sem mediação cultural e arranjos de cuidado compatíveis com os saberes e fazeres dos territórios.

Os medicamentos naturais, especificamente as plantas e ervas medicinais podem ser usados através de formulações caseiras. Além da proteção à saúde, os insumos da medicina indígena mobilizam a cultura local e permitem problematizar a falta de medicamentos nos serviços públicos de saúde e, mesmo, a dependência de produtos medicamentosos industrializados nas abordagens oficiais (Almeida, 2011).

O uso da medicina tradicional para todo o tratamento de infecção respiratória ele é muito comum e foi intensificado no período da Covid-19... foi muito utilizado aquele chá de jambu, com outras folhas para fazerem xarope ou então até banho, eles utilizavam muito, e de certa forma foi considerado o grande protagonista de todo esse período da infecção da covid-19 (GT02).

Nesse sentido, alguns autores apresentam uma certa preocupação na utilização dos tratamentos com o uso de plantas medicinais. Deve-se ter conhecimento sobre a origem, forma de uso, a parte da planta com propriedades terapêuticas, para que realmente cumpra o papel esperado. Ignorar estas precauções pode submeter o usuário a riscos de saúde, por isso faz-se necessária a indicação por parte de pessoas com profundo conhecimento do tema (Almeida, 2011). Nesse caso, os especialistas da medicina tradicional, que não necessita de autorização da medicina oficial. O alerta de cuidados é, sobretudo, pela incorporação acrítica de produtos naturais no cuidado biomédico, que não inclui a produção e transmissão de saberes tradicionais, validados por longos períodos de uso e aprendizagem. Tampouco é razoável imaginar que a existência de saberes e procedimentos tradicionais eximem os serviços oficiais de prover o acesso aos medicamentos, insumos e tecnologias próprias do SUS.

Segundo Garcia Lopez (2019) surgiu, na pandemia, uma transição de costumes para o cuidado e tratamento, através do incentivo e respeito às crenças através do uso de sementes nativas, com garantia de ciclos reprodutivos e produtivos constantes, bem como a sustentabilidade através da adaptação às condições locais. Nota-se, também, que os custos dos fatores de produção também foram reduzidos, apesar da dificuldade de adequação do tratamento convencional biomédico e o tradicional indígena. Ressalta-se, também, a promoção da agrobiodiversidade. Tais valores, inspirados nas práticas cotidianas de sustentabilidade dos povos indígenas, também tiveram visibilidade nos contextos urbanos e nos discursos sobre o ambiente, muitas vezes como reação à necropolítica de algumas autoridades governamentais.

O confinamento revitalizou as próprias práticas de produção, porém, com cuidado em relação ao distanciamento. Estas práticas são uma fonte inesgotável de conhecimento que deve ser valorizada e protegida para reivindicar a autodeterminação e a sabedoria ancestral do povo indígena.

Quando souberam da pandemia, os usuários indígenas realizaram rituais de proteção contra covid-19 (PFS02).

Veja-se que as práticas tradicionais indígenas caminharam no sentido oposto ao discurso de autoridades públicas, que minimizavam o risco e a gravidade da pandemia, para manter o sistema produtivo. A abordagem visível no depoimento mostra que as culturas tradicionais buscaram um novo equilíbrio para a proteção à doença e a produção de alimentos e ações comunitárias de organização da vida. Constant (2019) pontua que a medicina tradicional pode ser utilizada como estratégia de cura, cuidado, tratamento e conforto para os povos indígenas, associando as ações oficiais à medicina indígena. No entanto, emergem preocupações e discussões concernentes ao contato que muitas vezes essas práticas requerem, principalmente dos líderes espirituais como o pajé com os indígenas suspeitos ou contaminados pelo SARS-CoV-2, vírus com alto poder de transmissão e contaminação. Ainda corroboram ser notório a dificuldade que os serviços de saúde enfrentam, com baixa infraestrutura e recursos inadequados para uma assistência indígena de qualidade, pautada na interculturalidade conforme preconizado na PNASPI.

(...) a medicina tradicional que a gente identificou para tratamento da Covid-19, como nossos ancestrais descobriram, que foi o mel da abelha urucu, a casa, vamos dizer assim, da abelha urucu, também o chá de jambu com limão, alho, que a gente fez, e outros mais que a gente trabalhou, que a gente sovava com limão, a defumação com essas casas de abelha urucu, não só na aldeia feijoal, tanto como outras aldeias que a gente viu (GT03).



## O FORTALECIMENTO DA PRÁTICA DA MEDICINA INDÍGENA DENTRO E FORA DOS POLOS BASES DO DSEI-ARS

Que possamos pensar em rede, integrando e sensibilizando os gestores, profissionais de saúde que atuam em territórios indígenas para estabelecer encontros e diálogos das medicinas indígena e ocidental moderna, assim estaremos articulando com os especialistas da medicina indígena essa arte de cuidar integralmente corpo e mente. Só assim, também se alcança uma maior aproximação com a integralidade, descolonizando as práticas oficiais, como exercício de educação permanente que se alcança com o diálogo intercultural também desenvolve o trabalho nos serviços e redes oficiais.

Sim. Extremamente importante. Nós, profissionais trabalhamos juntos com medicina indígena (PFS01).

É essencial que a medicina indígena seja fortalecida, valorizada, estimulada e incentivada como uma medicina alternativa sim, assim como várias medicinas alternativas foram ganhando espaço na medicina tradicional (PFS04).

Sim, é uma prática importante e deve ser garantida no tratamento das pessoas (PFS03).

Percebe-se que os profissionais de saúde e a gestão do DSEI-ARS destacam a importância do fortalecimento da medicina indígena em suas falas. É necessário mantê-los sensibilizados quanto à contínua articulação entre a medicina ocidental e a prática da medicina indígena, principalmente dentro dos polos bases e dos demais serviços de saúde do nosso SUS.

A importância da medicina tradicional dentro e fora do polo, ela é tão grande que hoje nós estamos trabalhando esse tema, antes de ter hortas medicinais nos nossos polos. Esse é um dos projetos que eu tenho, de criar hortas medicinais tradicionais, então ela é tão importante para a gente, a Covid mostrou para a gente que a nossa medicina tradicional, mesmo que ela não seja reconhecida cientificamente, mas na realidade que nós vivemos dentro da pandemia, ela nos mostrou que ela é muitas das vezes melhor do que a medicina ocidental (GT03).

Sim, é de extrema importância que a medicina indígena seja integrada à medicina ocidental, para que se tenha um manejo de atendimento completo ao usuário, fortalecendo a cultura indígena (PFS02).

Segundo Schweickardt *et al.* (2022), existe uma preocupação por parte dos indígenas em relação à inclusão das práticas da medicina indígena, na política de saúde indígena dos DSEI. Especialmente como se dá a relação de integração e articulação entre os profissionais de saúde do DSEI e os especialistas indígenas. O centro da resistência está no lugar secundário que os saberes tradicionais tendem a ter nos sistemas de pensamento e de práticas biomédicas. Já de acordo com Barreto (2022) a medicina indígena possui um sistema complexo de categorias, tendo pensamento e estudo para tal, esse sistema é baseado na oferta de ações prevenção.

É muito importante o fortalecimento das práticas da medicina tradicional. Troca de saberes que traz bons resultados no tratamento do indígena (GT01).

Porém, o antropólogo indígena João Paulo Barreto afirma que a medicina indígena não entra como uma alternativa de tratamento para seu povo e é tida como a primeira opção de tratamento escolhida pelos povos indígenas, já a medicina não indígena nesses territórios é usada como alternativa de tratamento para eles.

Como profissional da saúde todos sabem os benefícios das plantas medicinais, o ideal é só saber exatamente a finalidade dela, a composição e para que ela serve. E associado a isso com as nossas medicinas ocidentais e com as crenças das populações ter essa associação de tratamentos se torna muito mais benéfico” GT02

Hamdam (2020) refere que quando os casos da covid-19 apareceram na aldeia, os indígenas, observando os sinais e sintomas, lançaram mão de remédios da mata encontrados nas proximidades de casa, onde o “quintal” é a floresta. A lógica do cuidado nas medicinas indígenas é mais próxima do vitalismo, com abordagem mais holística, buscando um padrão de equilíbrio dinâmico entre condições adversas, para alcançar padrões de bem viver. Não há a sedação de sintomas como o objetivo central, mas um fortalecimento das condições para a boa saúde. O bem viver está relacionado às formas do bom andar da vida, que se expressam na capacidade de estar com os demais da sua comunidade e colaborar na dinâmica da aldeia.

A condição de atividade inclui a participação ativa nas definições das questões que envolvem a vida coletiva. Destaca-se, assim, o direito à participação dos povos indígenas através do controle social, na elaboração de políticas públicas de saúde que versem sobre sua situação de invisibilidade e vulnerabilidade. A participação também inclui articulações indígenas de base, para incidir sobre a elaboração de planos de contingência que respeitem as particularidades dos povos originários.

O protagonismo indígena na construção de soluções próprias para o enfrentamento da Covid-19 dentro das aldeias, por meio de seu isolamento voluntário e as barreiras sanitárias que foram adotadas pelas lideranças indígenas para diminuir o acesso às suas aldeias, também foi o que aconteceu no DSEI-ARS e demais distritos no Brasil (Kaplan *et al.*, 2020).

Destarte, o cenário atual de enfrentamento e resistência dos povos indígenas no Brasil diante do covid-19, no qual falta uma política pública estatal estruturada especificamente para as comunidades indígenas. Tal movimento de resistência e sobrevivência perpassa pelas forças espirituais ancestrais de cada povo, bem como pelo uso das medicinas indígenas (APIB, 2020).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manuscrito foi produzido a partir de uma pesquisa empírica que teve como objetivo analisar as medidas realizadas por equipes multiprofissionais e pela gestão dos serviços de saúde do DSEI-ARS, mais especificamente sobre os diálogos com os saberes tradicionais indígenas, com a abordagem de estudo de caso. Por meio de registros do sistema de informações e entrevistas com trabalhadores da atenção e da gestão, foram construídos dois eixos temáticos de análise: o uso de plantas medicinais no enfrentamento à covid-19 e caminhos para construir diálogos entre a biomedicina e a medicina indígena.

O uso de plantas medicinais, feitas com base em saberes tradicionais e ancestrais, foi constatada no território e reconhecida pelos trabalhadores. Foi destacada a forte presença e uma constância na indicação de plantas para o cuidado de certas condições e sintomas. Também se identificou uma utilização e circulação de conhecimentos que não está subordinada às normas sanitárias e às chamadas práticas integrativas e complementares. Os saberes ancestrais da medicina indígena são sistematizados desde um período muito anterior aos saberes biomédicos e, no caso em estudo, bem territorializados. Diversamente, as práticas integrativas e complementares da política brasileira estão centradas nos saberes orientais. No caso em estudo, há evidências fortes que o uso de plantas medicinais e outras práticas embasadas na ancestralidade foram fatores de proteção ao adoecimento e mortes no enfrentamento à pandemia de covid-19.

O campo empírico também permitiu refletir sobre a importância de compreender e respeitar os saberes e práticas tradicionais nos territórios indígenas, com o objetivo de produzir diálogos entre culturas, que ampliem e qualifiquem o cuidado das pessoas e comunidades, integrando práticas. Não apenas para otimizar os serviços, mas para qualificar os cuidados oficiais, sobretudo no que diz respeito à integralidade.

Diferente de algumas fontes da literatura, os benefícios dos diálogos interculturais para o cuidado em saúde, não deve objetivar a naturalização das iniquidades que ainda persistem no atendimento dos DSEI, mas mobilizar ações de educação permanente que permitam desenvolver o trabalho de gestão e de cuidado nos territórios indígenas e nos demais pontos da rede de atenção à saúde do SUS. Para além da integralidade, as práticas tradicionais nos ajudam a refletir sobre a sustentabilidade na relação das pessoas com o ambiente, que mobiliza parte significativa dos determinantes sociais da saúde.

A partir dos estudos nas interfaces e diálogos entre as culturas tradicionais e ancestrais indígenas e a cultura biomédica para a produção de saúde, é possível cogitar que parte dos resultados favoráveis ao enfrentamento à pandemia nos territórios indígenas tenha sido alcançada pela existência do conhecimento ancestral e do trabalho dos especialistas indígenas.

Adicionalmente, o estudo mostra a necessidade de uma postura ética não colonial e decolonial para a compreensão das dimensões interculturais envolvidas na produção da saúde, requerendo uma humildade epistêmica que ainda há que ser construída nos ambientes acadêmicos e na pesquisa em saúde. Esse estudo pretendeu fomentar essa postura epistêmica para, como disse Krenak, adiar o fim do mundo.



## REFERÊNCIAS

- Almeida, M. Z. (2011). **Plantas medicinais**. 3ª. Edição. Salvador: EDUFBA.
- Andrade, R. M. (2022). Sabedoria popular: o uso de remédios caseiros no tratamento dos sintomas da COVID-19 na comunidade Indígena Tikuna Bom Jesus II, no município de São Paulo de Olivença, Amazonas/Brasil [**TCC de Graduação**] Licenciatura em Plena em Ciências, Biologia e química. universidade federal do Amazonas.
- Arnous, A. H., Santos, A. S., & Beininger, R. P. C. (2005). Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina. v. 6, n.2, p.1-6, jun. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade>. Acesso em: 25 setembro de 2022.
- APIB. (2020). ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Panorama geral da COVID**. Disponível em: <[http://emergenciaindigena.apib.info/dados\\_COVID19/](http://emergenciaindigena.apib.info/dados_COVID19/)> Acesso em: 07 setembro de 2023.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª Edição - Brasília:

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. p. 40.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Presidência da República. **Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 – Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.** Brasil.

Brasil. (2009). Ministério da saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)/** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Barreto, M. L. (2017). Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Rev Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02742017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002702097-&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097-&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 28 setembro de 2023.

CFP. (2022). CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) junto aos povos indígenas.** Brasília: CFP. 224p.

Coutinho, T.C. (2018). História ambiental da cidade dos índios (etnia TIKUNA) frente à urbanização da cidade do governo (município de tabatinga), amazonas (1964 – 2017). [**Tese doutorado**]. Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande.

Constant, J.C. (2019). A Terra é de vocês! Compreendendo a efetivação do direito ao Território no seio do povo indígena Puyanawa. **Revista Brasileira de Linguística Antropológica**, v.11, n. 2, p. 1-10.

Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], 5(2), p. 81-94. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberes-plurais/article/view/119022>.

Fleuri, R. M. (2005). Intercultura e educação. Texto oferecido como subsídio à conferência o desafio dialógico nas relações interculturais apresentada no VI Encontro Internacional do Fórum Paulo Freire Caminhando para uma cidadania multicultural, na cidade só Porto (Portugal), em 19 a 22 de setembro de 2004. **Educação, Sociedade & Culturas**, nº23,2005. Dispo-

nível em: <https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC23/23-Reinaldo.pdf>

Flor, A.S.S.O., & Barbosa, W.L.R. (2015). Sabedoria popular no uso de plantas medicinais pelos moradores do bairro do sossego no distrito de Marudá – PA. **Rev. Bras. Pl. Med., Campinas**, v.17, n.4, supl. I, p.757-768.

Gaudêncio, *et al.* (2020). Indígenas brasileiros e o uso das plantas: saber tradicional, cultura e etnociência. Khoronos, **Revista de História da Ciência nO 9, junho**.

García López, V. *et al.* (2019). Soberania das sementes e expansão agroecológica: dois casos de recuperação, conservação e defesa de sementes na Colômbia. **Agroecologia e Sistemas alimentares sustentáveis**, v. 43, n. 7–8, pág. 827–847, 14 Conjuntos.

Garnelo, L. & Pontes, A. L. (2012). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 280 p.

Hamdan, A. A. (2020). **Mulheres indígenas do Rio Negro compartilham conhecimentos de remédios tradicionais contra a COVID-19**; Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/mulheresindigenas-do-rio-negro-compartilham-conhecimentos-de-remedios-tradicionaiscontra-a-COVID-19>. Acesso: em 02 jan.2024.

Kaplan, H. S. *et al.* (2020). Voluntary collective isolation as a best response to COVID-19 for indigenous populations? A case study and protocol from the Bolivian Amazon. **Lancet, London**, v. 395, n. 10238, p. 1727-1734, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31104-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31104-1). Acesso em: 02 outubro de 2022.

Krenak, A. (2020). **Ideais para adiar o fim do mundo**. 2 Ed. São Paulo: Companhia das Letras.

Leão, R.B.A., Ferreira, M.R.C., & Jardim, M.A.G. (2007). Levantamento de plantas de uso terapêutico no município de Santa Bárbara do Pará, Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 88, n. 1, p. 21-25.

Leininger, M. (1991). **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press.

Mota, S. E. de C., Scalco, N., Pedrana, L., & Almeida, A. (2020). Invisibilidades e enfrentamentos de comunidades indígenas diante da pandemia de COVID-19 e a resposta do governo brasileiro. In: Barreto, M. L.; Pinto Junior, E. P.; Aragão, E.; Barral-Netto, M. (org.). **Construção de conhecimento**

**no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais.** Salvador: Edufba, v. 2. DOI:<https://doi.org/10.9771/9786556300757.022>

OPAS. (2020). **Folha informativa sobre COVID-19.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Considerações sobre povos indígenas, afro-descendentes e outros grupos étnicos durante a pandemia de COVID-19.

SESAI. (2022). Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).** Disponível em: <<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/desei/>> Acesso em: 18 setembro de 2022.

SESAI. (2023). Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).** Disponível em: <[https://infoms.saude.gov.br/extensions/atendimentos\\_sesai/atendimentos\\_sesai.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/atendimentos_sesai/atendimentos_sesai.html)> Acesso em 15 de dezembro 2023.

Schweickardt, J.C., Freitas, J.M.B., & Ahmadpour, B. (2020). **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural.** 1ªed. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Ferla, A. A. (orgs.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes.** 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. 248 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.16). ISBN: 978-65-87180-91-5. DOI: 10.18310/9786587180915.

# **Complexidade, comunicação, circulação de informações e educação permanente em saúde:** diálogos e monólogos no enfrentamento à pandemia em territórios amazônicos



**William Pereira Santos**  
**Tânia Aparecida de Araújo**  
**Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes**  
**Júlio Cesar Schweickardt**  
**Alcindo Antônio Ferla**



## **INTRODUÇÃO**

O tema da comunicação no âmbito da saúde atravessa muitos debates sobre a organização do trabalho e a escuta dos territórios no campo da Saúde Coletiva. Tomaremos alguns marcos conceituais nessa breve retrospectiva. Marina Peduzzi (2001; 2018) e seus colaboradores têm contribuições relevantes para demonstrar a comunicação como atributo necessário ao trabalho em serviços de maior densidade tecnológica, como o hospital, e ainda mais em pontos de atenção nos territórios. A comunicação, nesses estudos, não trata apenas da circulação de informações, mas de uma razão comunicativa intrínseca nos processos de trabalho, sobretudo visível na negociação entre os agentes do trabalho. Há um razoável acúmulo de argumentos demonstrando a prática

interprofissional como necessária à produção de saúde em territórios complexos. Nas pesquisas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/ILMD - Fiocruz Amazônia), a complexidade dos territórios aparece relacionada à categoria de território líquido (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021), destacando a convivência de condições diversas e adversas muito singulares nos territórios amazônicos, mas também visíveis em outros contextos, assim como na condição própria dos territórios, sempre vivos e movediços, onde a comunicação intensiva e a reflexão densa convocam o trabalho para processos de educação permanente em saúde (Ferla, 2021). A complexidade também se articula à informação, à comunicação e à aprendizagem significativa como produção de inteligência à gestão e ao cuidado em saúde em estudos que propõem aproximações sucessivas das equipes de saúde aos territórios (Ferla, Ceccim & Dal Alba, 2012) e em condições de crise sanitária (Ferla *et al.*, 2020).

Neste estudo, interessou-nos desenvolver essas ideias em territórios complexos (no território líquido), em contexto da maior crise sanitária do século XXI (Sousa *et al.*, 2021) e buscando a dimensão micropolítica do enfrentamento à pandemia.

A abordagem territorial, sobretudo nos territórios abrangidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para compreender a dinâmica da pandemia, é oportuna. Muitas informações são registradas nos atendimentos diários, sendo importantes para acompanhamento das condições de vida. Algumas dessas informações são registradas nos sistemas de informação de base nacional, mas muitas das condições que articulam a vida ao cuidado em saúde não estão. As UBS são um ponto de saúde oportuno e estratégico para a modelagem de cuidado, sendo importantes para a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões individual e coletiva (Brasil, 2013). Com o avanço da pandemia no Brasil e, em especial do território amazônico, do qual trata essa produção escrita, torna-se relevante refletir sobre o cotidiano e fluxos de acesso aos serviços de saúde, incluindo a adesão à vacinação contra a Covid-19.

As condições desfavoráveis de acesso e adesão das pessoas aos serviços de saúde e diversas estratégias de controle da Covid-19 são expostas, bem como as condições precárias de garantir segurança biológica e social das pessoas. Assim, a pandemia de Covid-19 desafiou que o planejamento em saúde reforçasse medidas de isolamento espacial e monitoramento de usuários e grupos sociais com maior risco e vulnerabilidade à doença, assegurando suporte na Atenção Básica e articulação desta aos cuidados de maior complexidade, como urgência e emergência (Engstrom *et al.*, 2020). Os desafios, desde o início da pandemia, foram tensionados pela necropolítica, bem compatível com a política bolsonarista. Essa forma de governar atinge desi-

tualmente as populações mais vulneráveis, especialmente a população negra, pobre, periférica e indígena agravadas sensivelmente com a sobreposição do quesito gênero e outros marcadores de desigualdade. Mas a tensão também ocorre pelo subfinanciamento do SUS, marcando um retrocesso nos direitos sociais que repercute nos cuidados em saúde e nos direitos sociais, mostrando tensões na vida das pessoas e nos territórios (Castro, 2021; Leite, 2020).

Pois bem, nesse contexto, buscamos compreender os fluxos comunicacionais relacionados à vacina no território amazônico, com complexidade e singularidades já descritas, e compreender a dinâmica micropolítica que esses fluxos geraram nas formas de enfrentamento à pandemia. Por certo, o conhecimento derivado não é local e regional, já que induzido por fatores que têm influência interseccional, mas oportuno também em outros contextos. Entretanto, como conhecimento amazônico, clama por políticas e olhares que reconheçam as particularidades desse enorme território, nas análises e formulações de políticas.

## MÉTODOS

### POPULAÇÃO E LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS

O capítulo está embasado em uma investigação de abordagem mista, de natureza descritiva, que utilizou a análise de dados e documentos de domínio público e respostas de um questionário estruturado aplicado em uma pesquisa maior.

Os dados sociodemográficos e econômicos, bem como a frequência de doses de vacina contra a Covid-19 foram extraídos do banco de dados do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Amazônia) e são provenientes do projeto *“Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no estado do Amazonas”*<sup>25</sup>. O campo empírico da pesquisa envolveu amostras de serviços e usuários dos municípios selecionados intencionalmente naquela pesquisa. Os dados foram produzidos por meio de aplicação de questionário semiestruturado em entrevista com pessoas usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O questionário foi composto por sessenta questões, divididas em seis blocos temáticos, sendo: Bloco I - Perfil das pessoas entrevistadas; Bloco II - Acesso aos serviços de saúde durante a pandemia; Bloco III

<sup>25</sup> - O projeto teve o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), no Edital N. 006/2020 - PCTI-EMERGESAÚDE/AM - CHAMADA II - ÁREAS PRIORITÁRIAS, coordenado pelo pesquisador Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

- Comunicação e informação sobre Covid-19; Bloco IV - Medidas de prevenção e controle da Covid-19; Bloco V - Mudanças sociais produzidas pela pandemia; e Bloco VI - Questões abertas. Neste capítulo, serão utilizadas respostas do Bloco III, que inventariam questões relacionadas à comunicação e informação sobre aspectos definidos no enfrentamento da pandemia. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores de diferentes formações, vinculados ao LAHPSA, que foram previamente treinados para essa tarefa.

O estudo foi realizado de dezembro de 2021 a maio de 2022, nas UBS/ UBS Fluviais de doze municípios, distribuídos entre nove regiões de saúde do estado do Amazonas, sendo: Boca do Acre (Regional Purus) (n=31); Carauari (Regional Juruá) (n=30); Iranduba (Rio Negro/ Centro Regional) (n=21); Itacoatiara (Médio Amazonas) (n=29); Manacapuru (Rio Negro e Solimões); Manaus (Rio Negro/ Centro Regional); (n=108), Manicoré (Rio Madeira) (n=30); Parintins (Baixo Amazonas) (n=30); Presidente Figueiredo (Rio Negro/ Centro Regional) (n=16); São Gabriel da Cachoeira (Rio Negro/ Centro Regional) (n=30); Tabatinga (Alto Solimões) (n=30) e Tefé (Triângulo) (n=30). O número total de participantes do projeto nos diferentes municípios foi 385 pessoas.

Os usuários abordados foram selecionados nas próprias UBS a partir da procura espontânea aos serviços de saúde e disponibilidade de participação. Os critérios de inclusão foram: usuários da Atenção Básica (AB), na faixa etária mínima de 18 anos. E o critério de exclusão foi: população indígena aldeada, assim identificada nos serviços.



## ESCOLHA DAS UBS COMO FONTE DE DADOS E INFORMAÇÕES

A escolha das UBS foi por reconhecer que esses pontos de atenção são muito relevantes e que foram capazes de diminuir a letalidade e mortalidade pela Covid-19 nos territórios. As UBS prestam - deveriam prestar, ao menos - diferentes ações da AB, acumulando registros relevantes acerca da população assistida e dos serviços e ações ofertados. De acordo com as normas do SUS, a AB é a coordenadora das ações e relações de assistência na perspectiva de tornar os territórios mais seguros para as pessoas (Brasil, 2023). As UBS trabalham com a noção de territórios de abrangência, tendo a população adscrita, com cadastramento dos usuários residentes na área (Lisboa, 2015). Nessa perspectiva, as equipes multiprofissionais desenvolvem ações nos territórios e detêm a responsabilidade por coordenar os processos de cuidado, que envolvem trabalhadores de saúde e os próprios usuários, buscando garantir continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2023).

A AB é uma ferramenta estratégica para a saúde pública no planejamento de ações e controle de crises, como epidemias e pandemias (Almeida *et al.*, 2022). Resultados preliminares demonstram que os territórios de abrangência da AB apresentaram melhores resultados e indicadores com relação à Covid-19. Ações como educação permanente para os profissionais da saúde e usuários foram subsídios de enfrentamento à pandemia. Não se trata de novas ferramentas, mas ações que precisam ser intensificadas para superar o desacordo que houve entre organizações internacionais e o governo federal, que, sem quaisquer capacidades técnica e argumentativa, promovia um des-serviço e colocava a população em riscos de adoecimentos e mortes (Almeida *et al.*, 2022; Ferla *et al.*, 2020; Morette *et al.*, 2021).

Por outro lado, em territórios com baixa capacidade de ação da AB foram observados resultados bem deficientes com relação à Covid-19, derivados da incapacidade técnica e operacional, devido consequências desastrosas do subfinanciamento do sistema de saúde, e as investidas, em parte do governo federal, à época, para confundir às pessoas com relação aos cuidados de proteção ao novo coronavírus e sobre a eficácia da vacina (Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos & Reis, 2022; Schweickardt, Lima & Ferla, 2021). A dispersão da demografia sobre os territórios, sem uma ação de monitoramento e cuidado da atenção básica, gerou registros de adoecimentos e dúvidas que se expressam nas falas das pessoas participantes desta pesquisa e que serão apresentadas e discutidas. Os registros gerados pela AB são, por sinal, uma base oportuna para formular e monitorar os indicadores de saúde da população. As informações e registros, portanto, podem fomentar pesquisas como a que está sendo proposta. Ferla e colaboradores (2012) destacam a importância do uso de indicadores como dispositivos para mobilizar redes explicativas, ampliar a capacidade de reflexão das equipes sobre o território e gerar ações adequadas e oportunas para a melhoria dos níveis de saúde e qualidade de vida.

O projeto de pesquisa já produziu dois livros em que foram analisadas ações das UBS e das comunidades como forma de resistência e controle da gravidade sanitária, explicitando uma potência descentralizada na organização da “*atenção territorial*” tanto da Atenção Básica, como das comunidades (Schweickardt *et al.*, 2022; Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos & Reis, 2022). As produções textuais são uma ferramenta bem eficaz para mostrar a dinâmica da Covid-19 no território líquido (Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos & Reis, 2022). Essas questões, apontadas nos capítulos, decorrem por situações relacionadas à Covid-19 nos territórios, que também afetaram outras dimensões da vida para além da saúde, devido ao tempo que se arrastou a pandemia antes da implantação do plano de imunização. Mas o impacto nos territórios também se acentua quando há um cruzamento com outras questões, como condições de acesso e adesão aos serviços e modelagens

tecoassistenciais. Há, por certo, uma interceccionalidade entre o conjunto de fatores que interferiram no enfrentamento à Covid-19 nos territórios, mas aqueles relacionados à comunicação com a população e o compromisso dos gestores tiveram destaque na pesquisa. Os obstáculos podem estar relacionados a condições geográficas e aspectos culturais. Em termos de serviços, ausência de ações coordenadas; recursos humanos e técnicos em quantidade insuficiente para atuação nos territórios; e políticas e linhas de cuidado que atendam a especificidade do território com garantia de entendimento e respeito à relação indissociável entre pessoas, saúde e meio ambiente, e sua ancestralidade (Dolzane & Schweickardt, 2020; Santos *et al.*, 2023).

## ANÁLISE DESCRITIVA

Para exploração dos dados de interesse, os mesmos foram agregados por municípios e regiões de saúde combinando as informações sociodemográficas e econômicas para alcançar o objetivo da pesquisa. Os dados foram organizados e codificados. Utilizou-se o apoio do software *Stata 14*<sup>®</sup> para realização de análises estatísticas. Neste trabalho, foram avaliados padrões de associação entre variáveis sociodemográficas e recebimento da vacina contra a Covid-19. Para todas as variáveis foram elaborados gráficos e tabelas, com base na distribuição estatística, para tornar visíveis os conteúdos registrados nas respostas. A construção analítica também considerou as respostas abertas, sendo que estratos dos registros das falas dos participantes também foram utilizados para colocar em tensão as tendências e linhas de força identificadas nos números.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sendo registrado sob o CAAE nº 51941321.4.0000.5020 e parecer nº 5.137.547, em 30 de novembro de 2021.

## RESULTADOS

Foram analisados dados de 385 pessoas, cujas idades variaram entre 18 e 98 anos. A faixa etária com maior representação foi a de 18 a 29 anos e a de 30 a 39 anos, com 83 pessoas (21,56%) pessoas em ambas. A amostra foi composta por mulheres (67,01%) que se declararam predominantemente da religião católica (47,53%), seguidos pela religião evangélica (43,12%).

Com relação ao quesito raça/cor, a maior parte das pessoas participantes se declarou parda (78,44%). E com relação ao quesito escolaridade, a maior

parte das pessoas entrevistadas possui o ensino médio (48,83%). Os resultados detalhados estão disponíveis na Tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição de dados sociodemográficos e econômicos. Amazonas, 2022.

SEXO	
MASCULINO	127 (32,99%)
FEMININO	258 (67,01%)
RAÇA/ COR DA PELE	
BRANCA	39 (10,13%)
PARDA	302 (78,44%)
PRETA	13 (3,38%)
INDÍGENA	28 (7,27%)
AMARELA	3 (0,78%)
ESCOLARIDADE	
SEM ESCOLARIDADE	15 (3,90%)
FUNDAMENTAL	104 (27,01%)
MÉDIO	188 (48,83%)
SUPERIOR	78 (20,26%)
RELIGIÃO	
CATÓLICA	183 (47,53%)
EVANGÉLICA	166 (43,12%)
NÃO TEM	27 (7,01%)
OUTRA <sup>f</sup>	9 (2,34%)

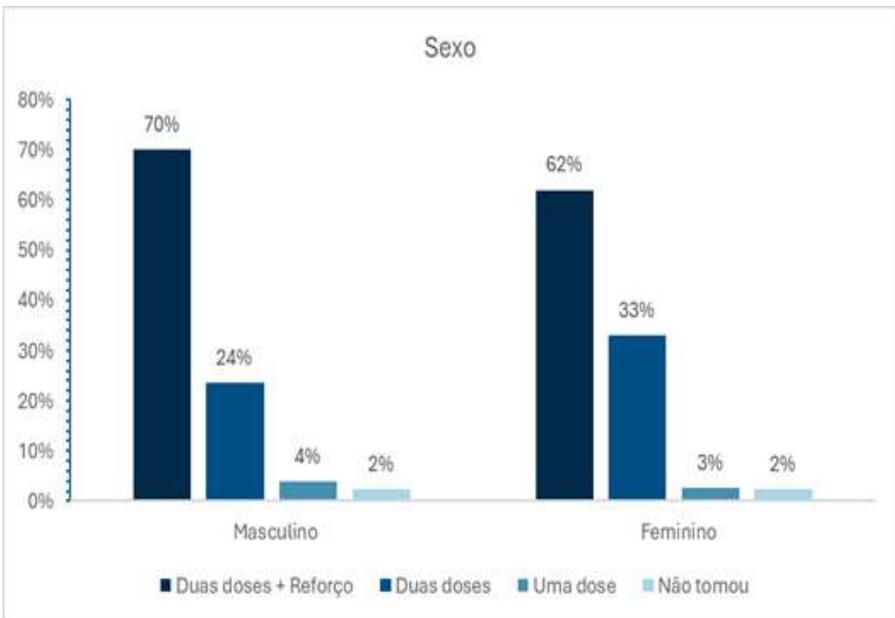
<sup>f</sup>Espírita ou de matriz africana.

De acordo com os relatos dos entrevistados, o município de Itacoatiara destaca-se com uma proporção significativamente mais alta de esquema vacinal completo, atingindo 94%. Em contrapartida, na capital, Manaus, apenas 52% dos entrevistados afirmaram ter recebido tanto as duas doses da vacina quanto o reforço. Em uma situação ainda mais preocupante, em Carauari, apenas 47% haviam completado o esquema vacinal com as duas doses mais o reforço e 7% havia recebido apenas uma dose. Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Frequência de doses recebidas segundo município. Amazonas, 2022.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao sexo, observou-se que os homens apresentaram uma proporção mais elevada de conclusão do esquema vacinal completo, conforme demonstrado no Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Frequência de doses recebidas segundo sexo. Amazonas, 2022.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto às mulheres que não completaram o esquema, os motivos incluíram medo (n=6; 1,56%), assim como a decisão de não receber a vacina (n=6; 1,56%). Uma entrevistada, por exemplo, disse que:

(...) Aconteceram mortes, eu fiquei meio desconfiada, amedrontada. Minha mãe foi, tomou e aí eu vim e tomei a minha primeira. Acho que é mais por esse fato.

Para outra, o medo estava relacionado à gestação:

Porque eu estava grávida, fiquei com medo de tomar e fazer mal pro meu bebê, sabe uma preocupação assim se você toma, faz mal, se não toma, se arrepende porque não tomou (...).

Já em relação ao fato de não querer tomar a vacina, uma entrevistada apresentou-se bem sucinta, segundo ela:

Foi opção minha, não queria tomar a vacina.

Outra participante demonstrou desconfiança quanto a validade da vacina devido ao rápido desenvolvimento do produto:

Eu pensei depois eu vi que foi muito rápido, eu vi na televisão, eu achei que foi bem rápido o desenvolvimento da vacina, aí não confiei muito.

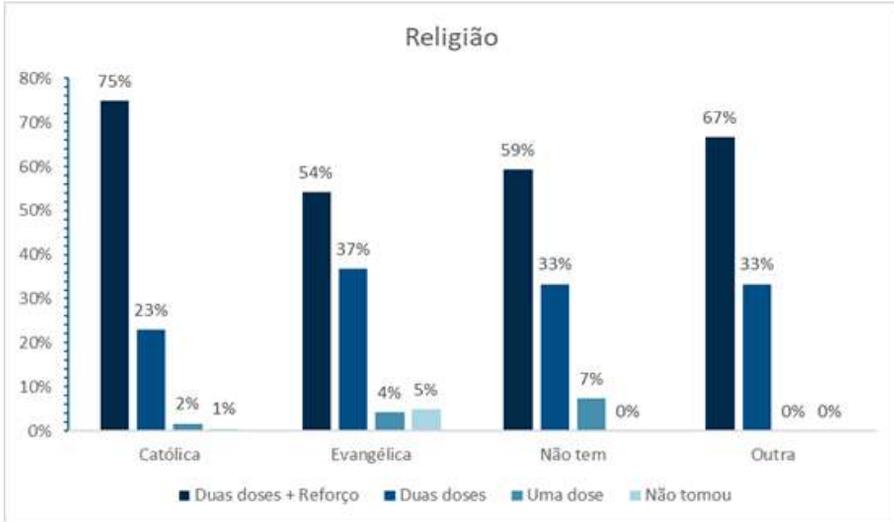
Quando questionados sobre as razões para não receberem as vacinas, uma parcela significativamente maior de homens (18,90%, em comparação com 14,34% das mulheres) optou por não fornecer explicações para sua decisão. Entre os homens que não completaram o esquema vacinal, as justificativas se relacionam ao trabalho (n=1; 0,26%) ou à falta de tempo (n=1; 0,26%), como, por exemplo, relataram estes participantes:

A primeira e a segunda eu recebi. A terceira já está no prazo, por conta do trabalho não tive oportunidade de receber. Mas vou procurar a unidade para tomar a terceira dose. Não tive tempo também. Não tomei a terceira dose, só a segunda dose até agora.

No que diz respeito aos aspectos religiosos e à comparação entre as religiões praticadas, observou-se que os adeptos da religião católica e das religiões espíritas ou de matriz africana apresentaram uma proporção mais elevada de esquema vacinal completo, alcançando 75% e 67%, respectivamente. Por outro lado, os declarantes da fé evangélica registraram uma proporção mais elevada entre aqueles que não receberam a vacina, totalizando 5% (Gráfico

3). Aqui, mais do que uma validação estatística (que, aliás, não houve), se pretende chamar a atenção para uma tendência que está também nas notícias e sensações captadas nos territórios.

**Gráfico 3.** Frequência de doses recebidas segundo religião. Amazonas, 2022.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Outra religião:** Espírita ou de matriz africana.

Em algumas situações, o esquema vacinal também foi incompleto, por motivos religiosos, como sugerem as duas entrevistadas:

Entrevistada: É que eu não quero mesmo, assim, por causa da nossa religião.

Entrevistador: Qual a religião da senhora?

Entrevistado: Evangélica. Aí só por causa disso mesmo (...).

Entrevistador: Mas na igreja eles falam para não tomar?

Entrevistado: É, alguns falam, não são todos não, alguns falam que não é para tomar.

O discurso de algumas entidades religiosas teve efeito nos territórios, mas as redes de informação bem embasada também foram sendo eficazes em

desfazer as informações falsas. Uma das participantes, que recebeu duas doses da vacina e pretende tomar a terceira, ilustrou bem a mobilização de argumentos que embasaram a revisão de decisões sobre a vacina:

(...) todos aceitaram, só meu irmão que não queria, mas depois ele viu que tinha que tomar. Porque o pessoal fala, tem muito esse negócio, é muito bafafá, um fala uma coisa, outro fala outra, outro diz que não é Deus, é aquela coisa, aí ele foi o único (...)

No caso de uma doença causada por um patógeno de alta transmissibilidade, como é a Covid-19, a melhor estratégia de prevenção é com a vacina. A fala supracitada nos remete ao risco existente de frequentar e ocupar espaços comuns a outras pessoas.

As justificativas também têm relação com o participante considerar que a vacina não funciona e/ou não tem necessidade de receber o imunizante (n=5; 1,30%), conforme a posição enfática deste participante:

Tomei apenas as duas e me recuso a tomar a terceira, pois a meu ver, a vacina não funciona.

Outro entrevistado responde que não vê necessidade em receber a dose de reforço e relaciona essa condição à questão de trabalho (n=2; 0,52%):

Porque eu não achei que era necessidade pra tomar a terceira dose nem a quarta, entendeu? Não é muito obrigação, porque no emprego eles aceitam as duas doses, está errado da minha parte, está errado, mas fazer o que, é Brasil.

De maneira geral entre os participantes, a falta de informação também foi observada como justificativa da não vacinação ou do esquema vacinal incompleto. Alguns participantes responderam:

Porque não fui informada ainda para tomar a dose de reforço.

Entrevistador: [...] a senhora comentou que recebeu duas doses de vacina, a senhora não recebeu a terceira, porquê?

Entrevistada: Não, porque eu estava gripada, um dia desse eu fui, perguntei das meninas aí se tinha pra gripe e elas disseram que ainda não tinha chegado, eu quero tomar.

Entrevistador: E elas orientaram quando a senhora pode tomar?

Entrevistada: Não, não, elas não me orientaram.

Outras causas (n=32; 8,31%) que justificam a não vacinação ou o esquema incompleto da vacinação também foram apontadas, como algumas que seguem:

Tomei duas doses, ainda não tomei a terceira dose por ter contraído Chikungunya.

Tomei as duas doses, a terceira ainda não está no período.

Porque não tive disposição para ir ao posto, me dava preguiça de vim [...].

## DISCUSSÃO

No período do estudo, o esquema vacinal disponibilizado majoritariamente no sistema de saúde no Brasil era de três doses, exceto em alguns casos em que o esquema completo compreendia apenas duas doses da vacina. Assim, as respostas foram consideradas no contexto em que foram coletadas, de tal forma que fossem identificadas as condições de esquema completo, esquema incompleto por falta de vacinas ou esquema incompleto por desinformação e negativa do usuário.

A recomendação, durante as campanhas de vacinação contra a Covid-19, era que as pessoas que tinham iniciado o esquema vacinal deveriam completar o esquema primário com a vacina do mesmo fabricante. A exceção poderia acontecer quando o imunizante da marca do esquema primário não estivesse disponível no país. A segunda dose deveria ser administrada no intervalo conforme especificação do fabricante (MS, 2023).

Convencionou-se que para as doses de reforço, preferencialmente, deveriam ser administradas doses do imunizante da plataforma Pfizer-BioNTech e apenas na ausência desse fabricante no país ou contraindicações específicas devia-se utilizar a vacina disponível no momento, seguindo as orientações do fabricante e de cada faixa etária (MS, 2023).

## ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

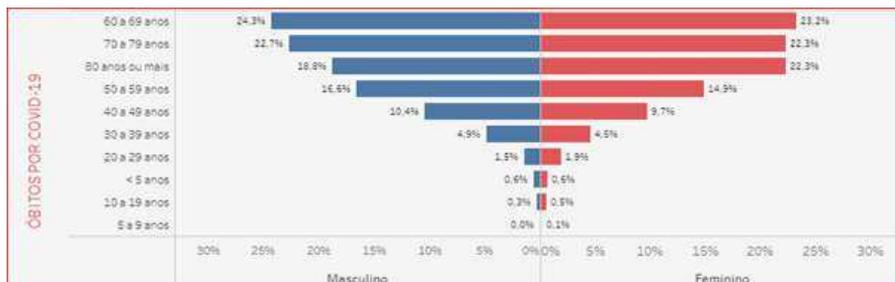
Apesar da expressiva participação de homens, as mulheres representaram a maior população neste estudo, corroborando análises preliminares que apontam as mulheres como o público com mais frequência nos serviços de saúde (Cobo, Cruz & Dick, 2021).

Em 2009, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de fortalecer a assistência ao homem nos serviços de saúde (Brasil, 2008; Leal, Figueiredo & Nogueira-Da-Silva, 2012). A motivação para a criação foi a análise sobre o quadro epidemiológico de homens no Brasil. Apesar do tardio avanço, ainda são altos os registros de atendimentos à população masculina nos serviços especializados de atenção secundária e terciária, em comparação ao acesso à Atenção Básica (Alves, 2016; Brasil, 2008).

São observadas como justificativas para a baixa procura, com relação aos próprios homens: medo de identificar alguma doença durante a consulta e exames; vergonha de exposição do corpo ao profissional de saúde; e, não pertencimento, devido a maior quantidade e centralidade de ações de cuidado para mulheres e crianças nos serviços de saúde. Com relação aos profissionais de saúde: priorização de procedimentos relacionados ao aparelho genital; oferta de serviços estruturada para grupos específicos; e baixa capacitação de profissionais de saúde para ampliar o olhar sobre a saúde do homem. E com relação ao sistema de saúde: horário de atendimento e sistema de agendamento incompatíveis à necessidade da população (restrição de horário devido ao trabalho); e baixo quantitativo de especialistas (Alves, 2016; Faust, Warmling, Lindner & Coelho, 2018; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) declarou que os homens vivem, aproximadamente, sete anos a menos que as mulheres. Um estudo realizado pelo Centro de Referência em Saúde do Homem de São Paulo, mostrou que 70% das pessoas do sexo masculino que procuram um consultório médico tiveram a influência da mulher ou de filhos. O mesmo estudo mostrou que a metade do grupo observado adiou a consulta e foram diagnosticados com doenças em estágio avançado (MS, 2022).

**Figura 01:** Distribuição acumulada de óbitos por Covid-19 no estado do Amazonas, até fevereiro de 2024, por sexo e faixa etária.



**Fonte:** FVS AM, Painel de monitoramento COVID-19 ([https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao\\_view/60/2](https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2)).

Durante a pandemia, até agosto de 2020, no Brasil, 56,6% dos casos confirmados e 58,2% dos casos de óbitos eram de pessoas do sexo masculino (Sousa *et al.*, 2021). No Amazonas, até 30 de agosto de 2020, foram notificados 293.164 casos, 120.296 confirmados, 3.649 óbitos e letalidade equivalente a 3,03% (FVS, 2020a). Até fevereiro de 2024 foram confirmados 638.903 casos no Amazonas, sendo 319.308 em Manaus e 319.595 no interior. Com relação aos óbitos, foram registrados 14.484, sendo 9.947 em Manaus e 4.537 no interior (FVS, 2024). Conforme demonstra a Figura 1, em praticamente todas as faixas etárias há predomínio de óbitos em pessoas do sexo masculino. Esse dado de mortalidade parece ter relação com os dados do estudo que identificaram um volume de respostas nulas para o motivo para não tomar a vacina, 18,9% dos homens não responderam (mulheres: 14,34%). A variável sexo parece ter algum grau de influência, considerando que também há evidências na literatura de menor adesão masculina aos protocolos e contato com serviços de saúde.

É necessário, portanto, que os cuidados e as estratégias de captação e adesão da população sejam ampliados, também, na perspectiva de orientação sexual e identidade de gênero, eliminando a baixa adesão e o impacto dela na saúde das pessoas. Estratégias de comunicação e abordagem populacional que considerem sexo, identidade sexual e identidade de gênero são indicadas para alcançar uma acessibilidade plena.



## SOBRECARGA NO TRABALHO E DIFICULDADE DE TEMPO

A Covid-19 no Brasil cursa num período de negligência e banalização da ciência. O trecho a seguir é do representante de Estado, à época, e mostra a intenção de tornar o governo federal inerte ao enfrentamento à pandemia de Covid-19:

14 de maio de 2020. Pronunciamento do sr. Bolsonaro em sua “live” semanal: *“O vírus vai atingir no mínimo 70% da população. Isso é fato. Isso ninguém discute. Agora, essa maneira radical de proporcionar lockdown, fecha tudo, não dá certo. E não dá certo em nenhum lugar do mundo. A Suécia, o país que não fez lockdown, é o país que está bem com a sua economia”* (p.8)<sup>26</sup>.

Em 20 de março de 2020, contra as medidas de isolamento para conter a Covid-19, a Secretaria de Comunicação da Presidência da República lançou a campanha *“O Brasil não pode parar”*<sup>27</sup>. A campanha tinha como base argumen-

<sup>26</sup> - Disponível em: <<https://cnts.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Peti%C3%A7%C3%A3o-inicial-Amici-Curiae-ADI-6970-vf.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

<sup>27</sup> - Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento/>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

tal a informação irreal de que não havia vítimas fatais entre jovens e adultos, e encorajava apoiadores a descumprirem as medidas de isolamento social adotadas por alguns governos municipal e estadual. O “*encorajamento*” de retorno ao trabalho demonstrou não haver interesse em negociar o auxílio emergencial adequado para a população no sentido de apoiar o lockdown nacional. Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que significa o nível mais alto de alerta da Organização, em 30 de janeiro de 2020, o isolamento espacial foi considerado estratégico para conter a transmissão do novo coronavírus, prática de cuidado que foi reforçada quando a mesma instituição declarou a crise como uma pandemia, em 11 de março de 2020 (Guedes *et al.*, 2022).

A adaptação do trabalho às condições remotas não foi uma realidade possível para todas as pessoas, devido à natureza de algumas atividades que exige a atuação presencial dos trabalhadores. Nesse sentido, a exposição ao risco de infecção pelo novo coronavírus estava em todos os meios que geravam aglomeração, como nos transportes públicos/coletivos e nos próprios postos de trabalho, agravada, em parte, pelo incentivo de retornar às atividades presenciais quando não havia vacinação específica contra a Covid-19. Em abril de 2020, pouco tempo após o pronunciamento supracitado, no Brasil havia 20.727 casos confirmados e 1.124 óbitos confirmados (MS, 2020). Na mesma época, o Amazonas confirmava 5.254 casos e 425 óbitos (FVS, 2020b). Sem um bloqueio controlado, qualquer espaço de aglomeração de pessoas tornava-se um espaço de contágio, sobretudo na época em que não havia imunização específica, devido aos atrasos na negociação e compra das vacinas (Brasil, 2021; Santos & Ferla, 2022).

Mas a fala das pessoas participantes na pesquisa também mostraram que o trabalho reforça as iniquidades de gênero, raça e classe social, colocando-nos diante das relações de poder exercido por alguém que ocupa suposta posição de dominação, como evoca Foucault (1979). Esse sentido nos conecta à necropolítica imposta como poder político compatível com governos autoritários, que decidem quem pode viver e quem deve morrer, bem característico do governo bolsonarista (Castro, 2021; Fernandes, 2021; Leite, 2020). Assim, o trabalho, à luz das condições de poder, como sugere Foucault (1979), produz a vulnerabilidade de pessoas, assentado no mercado desigual de trabalho e com fortes expressões de despreocupação com o adoecimento das pessoas.



## DIFICULDADE DE ACESSO A FONTES CONFIÁVEIS DE INFORMAÇÃO

Pouco tempo após a identificação dos primeiros casos, a Covid-19 tornou-se um quadro de emergência global. Sendo registrada em muitos luga-

res em curto espaço de tempo, a pandemia desafiou os sistemas de saúde a acompanhar os casos, mantendo a segurança das pessoas em cada território (Almeida *et al.*, 2022).

O cuidado em saúde também se faz com estratégias de comunicação e educação em saúde. Manter os espaços seguros também envolve expandir o conhecimento às pessoas para que sejam instruídas quanto ao agravo e quanto às medidas de proteção individuais e coletivas. A fala de algumas pessoas neste estudo destaca uma (suposta) deficiência das unidades de saúde em superar alguns percalços enfrentados na mobilização de educação e comunicação em saúde. Essa deficiência inclui questões anteriores à pandemia, como a quantidade insuficiente de profissionais da saúde e precarização do trabalho para atender a demanda diretamente relacionada à Covid-19, mas, também, a que já estava em andamento nas unidades, como o controle de doenças crônicas (Almeida *et al.*, 2022).

No território amazônico, manter a comunidade informada não foi um exercício dos mais fáceis, apesar das estratégias realizadas entre as UBS e as comunidades, como as próprias ações voltadas à educação e comunicação em saúde concentradas nas tecnologias leves. As ações incluíram desde elaboração e distribuição de panfletos com diversas orientações à implantação de barreiras geográficas. Durante a Covid-19, a orientação foi manter o distanciamento espacial, mas a reorganização dos processos de trabalho em saúde no contexto da pandemia incluía a continuidade das ações de cuidado, como monitoramento presencial, com a devida segurança, e remoto, por meio ligações e mensagens oficiais via rede social (Almeida *et al.*, 2022). Essa última alternativa poderia antecipar o tempo de chegada das informações incoerentes e sem embasamento científico, visto que o deslocamento no território amazônico é dependente das condições geográficas e, também, da disponibilidade de recursos compatíveis às circunstâncias locais. Apesar de estratégica, a iniciativa nem sempre foi possível, pois a tecnologia e a internet, que embasam o uso das redes sociais, nem sempre foram acessíveis à população. Além disso, muitas comunidades são distantes de regiões onde concentram os serviços de saúde, colocando as pessoas, em alguns casos, em condições vulneráveis de doutrinação, como foi observado nesta pesquisa (Santos *et al.*, 2023).

A partir da fala das pessoas entrevistadas, é possível perceber uma discrepância entre as informações oficiais, que orientavam à segurança, e outras informações que chegavam às pessoas em diferentes municípios, que as dispersavam de práticas seguras de proteção contra a Covid-19. Esse era um dos efeitos das notícias inverídicas que circulavam e as consequências envolviam adoecimentos e mortes. Desta forma, o papel das UBS era também de superar as fake news, que eram, em parte, elaboradas e disseminadas pelo governo federal e seus respectivos apoiadores (Brasil, 2021; Calil, 2021; Morette *et al.*, 2021).

As fake news foram responsáveis por confundir as pessoas quanto às informações da OMS e pela fragilidade na adesão da população ao esquema vacinal, como é apontado na fala do representante de Estado à época:

17 de dezembro de 2020. Declaração sobre a vacina: Eu não vou tomar. Alguns falam que eu tô dando péssimo exemplo. Ô imbecil, o idiota que tá dizendo que eu tô dando péssimo exemplo, eu já tive o vírus, eu já tenho anticorpos. Pra que tomar a vacina de novo? E outra coisa que tem que ficar bem clara aqui, dra. Raíza, lá na Pfizer, tá bem claro lá no contrato '*nós não nos responsabilizamos por qualquer efeito colateral*'. Se você virar um chip..., um jacaré é problema de você pô. Não vou falar outro bicho que vão pensar que tô falando besteira aqui. Se você virar super-homem, se nascer barba em alguma mulher aê ou algum homem começar a falar fino, eles não têm nada a ver com isso. E o que é pior, mexer no sistema imunológico das pessoas<sup>28</sup>.

Outras falas públicas traziam mais atrocidades ao dizer que as vacinas produzidas contra a Covid-19 transmitiam HIV e/ou possuíam chip líquido e inteligência artificial para controle populacional, por exemplo (UFSM, 2021).

Um modelo matemático projetou que, se tivesse ocorrido a implantação da vacinação contra a doença antecipadamente, poderia ter evitado aproximadamente 127 mil mortes. Houve, porém, atraso na negociação na compra dos imunizantes específicos (Brasil, 2021). Paralelamente, o governo federal também incentivava o uso de medicamentos não comprovados cientificamente contra a Covid-19, como cloroquina e ivermectina (Morette *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a estratégia da educação e comunicação em saúde permanece sendo válida para cuidados em saúde, protegendo a população, no caso da Covid-19, do vírus letal e da conjuntura fascista, que também potencializava o risco de adoecimento e morte das pessoas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que a política fascista implantada no Brasil (2019-2022) gerou dívidas na saúde política, que tivemos que pagar com vidas (Pardilla, 2021). A omissão e a indução equivocada dos governos, denunciada no cenário internacional, se torna mais visível a medida em que nos afastamos do ápice da pandemia e que se realizam estudos comparando as ações gover-

<sup>28</sup> - Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IBCXkVOEH-8>>. Acesso em: 12 jan. 2024.

namentais e o resultado em termos de adoecimentos e mortes. A Amazônia, atingida duplamente pela fluxos fascistas da política implementada no país durante a pandemia, foi asfixiada, ao mesmo tempo, pelo avanço da contaminação viral e adoecimento, mas também pela expansão da ocupação predatória do território, vitimando particularmente os povos indígenas e ribeirinhos, e o ambiente natural. Ao fim e ao cabo, ambos os fatores estão fortemente associados à produção da saúde.

É possível perceber, a partir da análise da fala das pessoas entrevistadas e em materiais publicados, que o negacionismo é uma “semente adulterada”, que germina banalização do sofrimento e da morte pelo coronavírus e outras doenças, mesmo quando anunciadas pelas autoridades sanitárias com antecedência que permita planejar ações sustentáveis de enfrentamento. Quando ainda não havia vacina específica contra a Covid-19 e no período em que os imunizantes foram adquiridos, as ações de controle da doença foram fragilizadas pela produção e transmissão aceleradas de notícias falsas, que desencorajavam a adesão das pessoas ao plano de imunização. Além das movimentações antivacina em muitos locais do país, surgiram inúmeros apoios ao governo federal, à época, que, sem competência técnica e articulação, orientava que a população aderisse ao tratamento medicamentoso não comprovado contra a Covid-19. Dessa forma, aumentava, portanto, o risco de adoecimento e morte das pessoas, tanto pelo novo coronavírus, devido à ausência de imunidade específica, tanto pelas causas relacionadas ao uso de medicamentos, como cloroquina e ivermectina.

Neste estudo, consideramos que a base territorial gera informações muito relevantes para compreender os efeitos da pandemia na vida das pessoas e no próprio território, como os impactos no trabalho e nas políticas sociais de apoio à produção da saúde. No Brasil, tivemos que enfrentar a pandemia da Covid-19, que crescia fazendo inúmeras vítimas muito rapidamente, mas também a epidemia das fake news, que, somadas à letalidade viral, contribuía para que a crise permanecesse e o país se tornasse um dos maiores em termos de incidência e mortalidade por Covid-19.

Ficou bem evidente que houve ações ativas do governo federal e de diversos governos locais, durante o curso da pandemia, para negar e não seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) baseadas em dados e estudos científicos. Se tivesse havido interesse, este era exatamente o contrário: permitir a morte das pessoas, sobretudo de algumas pessoas.

Por outro lado, o território líquido da Amazônia, como categoria de análise, chama a atenção para a necessidade de olhares singulares das políticas públicas, em especial, pelo tema da análise, de saúde e assistência. A comunicação precisa e honesta, no território amazônico, clama pela diversidade

linguística, pelas diferentes formas de transmissão, pelo diálogo com saberes ancestrais, pelas expressões de uma interculturalidade que associa a fala à sensibilidade de escuta, pelas distâncias. Chama atenção também, em tempos de fetichização da tecnologia informacional, que um fluxo de comunicação é bidirecional, tipo fala/escuta, e, portanto, deve gerar aprendizagens recíprocas e não apenas transmissão. A comunicação é um dispositivo que incide fortemente no plano das relações, das tecnologias leves, na dimensão micropolítica dos processos de trabalho.

De toda forma, a pesquisa demonstrou uma dimensão micropolítica dos efeitos dos discursos governamentais e da apropriação religiosa do discurso sobre a saúde, apontando também a relevância da disputa local, nos territórios, da construção de imaginários sobre as formas de adoecer e produzir saúde. Na pandemia, as maiores fragilidades do discurso científico foi quando não se tornou prática a política dos trabalhadores da atenção e da gestão, deixando o território à margem de discursos negacionistas e fascistas, no sentido de fragilizar e deixar morrer pessoas e grupos sociais, o que atinge com maior dimensão as populações vulnerabilizadas. Nesse sentido, a análise dos efeitos da pandemia recupera algumas formulações que se tornaram visíveis na história do SUS e de suas Conferências de Saúde: não há saúde sem democracia e não há democracia sem saúde.



## REFERÊNCIAS

- Almeida, D. A. R., Romero, G., Ramos, J. L. S., Melo, R. M. B., Cardoso, V. R., Lemos, S. M. O enfrentamento da pandemia de COVID-19 em uma unidade básica de saúde no interior do Amazonas. In: (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.
- Alves, F. P. (2016). **Saúde do homem: ações integradas na atenção básica**. - Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). **Acolhimento à demanda espontânea**. - 1.ed.; 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2008). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Minis-

tério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf).

Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021). (2021). **Relatório Final - CIPANDEMIA - CPI da Pandemia**. Recuperado de <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>.

Calil, G. G. (2021). A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, 30-47. Recuperado de <https://www.scielo.br/jj/sssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?lang=pt#>.

Castro, R. (2021). Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, 27(59), 71-90.

Cobo, B., Cruz, C., & Dick, P. C. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(9), 4021-4032.

Dolzane, R. S. & Schweickardt, J. C. (2020). Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, 18(3), e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288.

Engstrom, E. *et al.* (2020). Observatório COVID-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/41404/2/RecomendacoesAPSEenfrentamentoCovid-19.pdf>.

Faust, S. B., Warmling, D., Lindner, S. R., & Coelho, E. B. S. (2018). **Acesso e acolhimento na atenção à saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Ferla A. A. *et al.* (2020). Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, 6(Supl. 2), 1-6.

Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], 5(2), p. 81-94. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022.

- Ferla, A. A., Ceccim, R. B., & Alba, R. D. (2012). Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde**, 6(2). <https://doi.org/10.3395/reciis.v6i2.477>
- Fernandes, F. S. Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-10. In: Martins, A. B. *et al.* (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva - Produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021.
- Foucault, M. (1979). **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). (2020a). **Dados Epidemiológicos**. Boletim Diário Covid-19 no Amazonas 31/8/2020. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/31\\_08\\_20\\_BOLETIM\\_DIARIO\\_DE\\_CASOS\\_COVID-19.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/31_08_20_BOLETIM_DIARIO_DE_CASOS_COVID-19.pdf)
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). (2020b). **Dados Epidemiológicos. Resumo dos Casos Confirmados de Covid-19 no Amazonas 30/4/2020**. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/BOLETIM\\_DI%C3%81RIO\\_DE\\_CASOS\\_COVID-19\\_30-04-2020.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/BOLETIM_DI%C3%81RIO_DE_CASOS_COVID-19_30-04-2020.pdf)
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). (2024). **Dados Epidemiológicos. Boletim Semanal de Monitoramento COVID-19 no Estado do Amazonas**. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Painel\\_covid\\_SE01.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Painel_covid_SE01.pdf)
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, 23(3), 565-574.
- Guedes, T. R. O. N. *et al.* Situação de saúde e ações de enfrentamento à COVID-19 na Manaus dos trópicos. Schweickardt, J. C. (org.) *et al.* (2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0.
- Leal, A. F., Figueiredo, W. S., & Nogueira-Da-Silva, G. S. (2012). O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, 2607-2616.

- Leite, M. P. (2020). Biopolítica da precariedade em tempos de pandemia. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. 1-16. Recuperado de <https://www.reflexpandemia.org/texto-23>.
- Lisboa, L. A. S. (2015). As características estruturais e organizacionais das UBS influenciam as taxas de internações de crianças por condições sensíveis à atenção primária? (2015). 87f. **Dissertação (Mestrado)**. Mestrado do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Maranhão (UFMA).
- Ministério da Saúde (MS). (2022). **O estigma social que envolve a saúde masculina**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2022/o-estigma-social-que-envolve-a-saude-masculina>.
- Ministério da Saúde (MS). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. (2020). **Boletim Epidemiológico Diário (Brasília, 11 de abril de 2020)**. Semana epidemiológica 15. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/apresenta-o-coletiva-11-04-2020-17h.pdf/view>.
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. (2023). **Nota Técnica N° 53/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-53-2023-cgici-dpni-svsa-ms/view>.
- Morette, P. *et al.* (2021). Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia. In: Martins, A. B. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. - São Leopoldo: Oikos.
- Padilla, M. (2021). **Conferência temática: Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência**. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=\\_MYaA98ULOE&t=1509s](https://www.youtube.com/watch?v=_MYaA98ULOE&t=1509s)
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109.
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. Interface: **Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, 2(supl. 22), p. 1.525-1.534.

Santos, W. P., & Ferla, A. A. Estágio docente em Biologia durante a pandemia de COVID-19: novas relações de trabalho impostas pelo vírus da desigualdade e a aprendizagem em ato. In: Ferla, A. A., & Funghetto, S. S. (org.). **Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças**. - 2. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022a.

Santos, W. P., Moraes, I. S., Gama, M. E. L., Rodrigues, M. P. S. S., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. Integração entre práticas populares e serviços de saúde: relato de experiência do encontro com as parteiras tradicionais em Maués, Amazonas. In: 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**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 27). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-074-1.

Schweickardt, J. C. (org.) *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. (2022). 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0.

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.). (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.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Ferla, A. A. (orgs.). (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. 248 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.16). ISBN: 978-65-87180-91-5. DOI: 10.18310/9786587180915.

Sousa, A. R. *et al.* (2021). Saúde de homens na pandemia da COVID-19: panorama brasileiro. **Rev baiana enferm**, 35, e38683.

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). (2021). Agência da Hora - Agência Experimental de Notícias. **Top 5 Fake News mais absurdas sobre a vacina**. Recuperado de <https://www.ufsm.br/midias/experimental/agencia-da-hora/2021/11/11/top-5-fake-news-mais-absurdas-sobre-a-vacina>.

# Vigilancia comunitaria en salud y resistencia decolonial en la comunidad indígena Yararacá-Vaupés<sup>29</sup>



**Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez**  
**Johanna Gonçalves Martín**  
**Alcindo Antônio Ferla**

“Mahe maka-ro  
Nuestra selva  
“~Umedu Haroinope”  
Corazón fiero, enojado,  
Una disputa interminable con lo desconocido,  
Superando el miedo más profundo,  
Extasiado de ritmos desiguales,  
“Apenumu”  
A veces, otros días,  
“Mi harainore- hiha”  
Entrega una rabia tremenda,  
Fuerza incontenible,  
“~Umepar+-rore hehara”  
Corazón abierto para recibir el poder de la selva,  
Un equilibrio justo en medio,

Armonía de la vida,  
Alma, ser, pensamientos interconectados,  
“Ñaiye”  
Sueños,  
Gentes, espíritus, hojas bailando con el viento,  
“Maha maka-ro”  
Nosotros selva,  
Indescifrables,  
Cada semilla una selva,  
Creadores del lienzo en blanco llamado selva,  
La selva nuestra madre.

Maha ~umeparuri ~poeba-Nosotros la gente de corazón fuerte. Autor: Jhon Fredy Arango Trujillo, Líder indígena Cubeo.

**29** - O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Bolsa de Maestria, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, bolsa de pesquisador sênior.



## INTRODUCCIÓN

La vigilancia de la salud es un tema vinculado a las innovaciones conceptuales y prácticas para superar las condiciones de crisis del modelo biomédico vigente durante los últimos siglos en el mundo occidental. Parte de estas innovaciones incluyen la superación del colonialismo biomédico y la apertura a los saberes y prácticas de los territorios, especialmente los basados en los conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas. En este ensayo, nos centraremos en la vigilancia sanitaria comunitaria.

La vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma (IFRC, 2019). Es decir que la esencia y las bases de este tipo de vigilancia es la comunidad organizada y entrenada para la identificación, reporte y notificación de eventos o situaciones de salud reconocidas, aceptadas y validadas como importantes por la población. Este tipo de vigilancia, para el caso de Colombia, se ha venido implementando de acuerdo con las directrices que el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) del país ha impartido desde el año 2012, los desarrollos en esta materia hasta el momento han sido diversos y a diferentes escalas (MINSALUD, 2022). Actualmente, desde junio de 2023, la implementación de este tipo de vigilancia fue transferido por Minsalud al Instituto Nacional de Salud Pública, instituto de ciencia y tecnología del país, quien desde entonces ha emitido dos documentos técnicos y operativos que direccionan la implementación y gestión de este tipo de vigilancia como un modelo de gestión del riesgo principalmente para territorios fronterizos; comunidades con presencia de grupos étnicos; comunidades rurales y dispersas o en áreas urbanas con barreras de acceso o vulneración en la prestación de servicios de salud (INS, 2023).

La territorialidad es uno de los principios de este nuevo modelo, lo que significa para el país que su implementación respetará y se integrará a las costumbres, prácticas y tradiciones de las comunidades. Esta es una consideración ética y fundamental para su implementación en territorios étnicos, como lo es el caso del Vaupés, uno de los departamentos de la Amazonía Colombiana que es fronterizo con el Brasil, donde su población es mayoritariamente indígena y diversa por la presencia de 30 pueblos indígenas que aún conservan sus usos y costumbres, incluyendo las prácticas en salud de sus sistemas propios de salud indígena (SSDV, 2022). En este documento se presentan las prácticas de salud indígena de los integrantes de diferentes pueblos indígenas que conviven en una comunidad cercana al casco urbano del municipio de Mitú, capital del departamento de Vaupés, como resultado de una investigación de la maestría en salud colectiva que está desarrollando una de las

autoras de este documento, que también pertenece a los pueblos indígenas del Vaupés, específicamente a la etnia Cubea. La investigación surgió como una necesidad de explorar aquellas prácticas en torno a la vigilancia comunitaria que nace de los saberes ancestrales y tradicionales, como un camino a la legitimización de estos saberes y al dialogo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI que están iniciando a construir los pueblos indígenas del Vaupés, entre estos los miembros de la comunidad de Yararácá. Esta fue una comunidad invitada y participante de la pesquisa en mención, y que ha presentado el interés por avanzar en esa construcción de sus referentes propios de salud indígena en lo que la biomedicina denomina y práctica como vigilancia en salud comunitaria o ahora en Colombia como Vigilancia Basada en Comunidad. Si el curso de la investigación fue guiado por una pregunta, al estilo de la ciencia actual, se expresa como "¿existen en el territorio tradicional saberes y prácticas de vigilancia de la salud basados en conocimientos ancestrales que tengan un papel en el enfrentamiento de la pandemia del covid-19 y de otras condiciones consideradas de riesgo para las comunidades?". También como "*¿Qué funciona como dispositivo para las acciones de producción y promoción de salud?*" y "*¿Qué nos enseñan estos saberes y prácticas para la producción de salud en otros territorios?*".

Con las preguntas de investigación en mente, nos dispusimos a hacer investigación de campo, con un diario para anotaciones y una piel sensible, ya que la investigadora principal pertenece al territorio y vive la cosmovisión indígena o, como en el caso de los tutores, un compromiso con las epistemologías locales y una mentalidad abierta a la investigación como aventura, no como constatación de lo que ya se sabe.

La base empírica de la investigación fueron las publicaciones (bibliografía material, catalogada y recuperable mediante distintos sistemas de búsqueda, como programas informáticos de gestión de colecciones e indicaciones de expertos) y las conversaciones con expertos, sabios y lideranzas de la propia comunidad y de otras comunidades locales (bibliografía viva), dado que los conocimientos ancestrales y tradicionales no se producen por escrito, sino que se transmiten oralmente, de las generaciones mayores a las nuevas generaciones de acuerdo a la ley de origen de cada pueblo y tienen un contexto de reproducción comunitario y colectivo. La conversación, a su vez, no consiste sólo en transmitir conocimientos, sino en activar el pensamiento con las conexiones que los conocimientos ancestrales establecen con el contexto en el que se comparten, actualizando ejemplos y expresiones. Por lo tanto, la bibliografía viva no es la recopilación empírica de hallazgos para la investigación, sino que representa la construcción conceptual y epistémica del objeto, que es la organización de las lógicas de vigilancia de la comunidad. No sería posible romper con el colonialismo que ya se sabe que existe en la proyección de saberes foráneos, como la biomedicina, en el contexto en que viven los pue-

blos indígenas, si no tuviéramos mambeaderos, encuentros de pensamientos o círculos de conversación con expertos locales para agregar a nuestro pensamiento los argumentos contruidos desde nuestra ancestralidad. Esta fue la innovación metodológica y epistémica necesaria para la investigación.

El viaje nos ha permitido acumular pensamientos que, al ser tratados en conversación entre sí, a través de actos de conversación entre los autores y sus diferentes procedencias, ya nos permiten compartir algunas expresiones de conocimiento, dado que el pensamiento indígena esta interconectado y que a falta de una palabra más apropiada llamamos categorías. A continuación, sistematizamos algunas de ellas y al final intentaremos avanzar en un diálogo con el conocimiento biomédico. La sistematización incluye una producción en dos partes: la primera, que llamamos bibliografía viva, se realizó escuchando y registrando el saber de los expertos locales y de la comunidad; y la segunda parte, un intento de poner en diálogo este saber con el saber oficial.

## PARTE 1: UN INVENTARIO DE CONOCIMIENTOS PARA ORIENTAR EL PENSAMIENTO: LA BIBLIOGRAFÍA VIVA



### UN CALENDARIO QUE ORIENTA LA VIDA Y LA SALUD

Para los pueblos indígenas del Vaupés, su diario cotidiano es guiado por la lectura del calendario ecológico. Para la comprensión de la cultura no indígena, el calendario ecológico es la traducción de los modos de vida y de la cosmovisión indígena practicados en un ciclo anual, en el marco de las estaciones del año, de los veranos e inviernos. Para los Jaguares del Yurupari, o las etnias del Río Pira Parana en Vaupés, las estaciones del calendario o Rodori no significa solo “las estaciones”, el clima o los cambios cíclicos del mundo natural, si no que representa las interrelaciones entre los seres vivientes, los diferentes pensamientos o mundos y el papel crucial del ~kubu de garantizar que todo siga manteniendo la forma de la creación primera. Rodori es, a la vez, astronomía y meteorología, zoología y botánica, geografía y ecología, subsistencia y ceremonias, así como el calendario social, de ritmo estacional, de visitas, bailes y rituales, que se cumple cada año entre las malocas (Gaia-Acaipi, 2014).

Los calendarios ecológicos aún perviven y son practicados por los diversos pueblos indígenas principalmente por aquellos que viven en las comunidades más alejadas de los centros urbanos o por personas de mayor edad. Las épocas y subépocas de estos calendarios tienen puntos de encuentros y diferencias por cada grupo indígena. Cada época y subépoca inicia y finaliza con la aparición y desaparición de las constelaciones de estos sistemas, y cada uno de estos ciclos determina las reproducciones de vida del indígena, incluyendo

las prácticas del proceso de salud-enfermedad. Entre las prácticas de salud, se encuentran las protecciones que incluyen curaciones, rezos, dietas y danzas rituales con las que se protege la salud del indígena, de la comunidad y se mantiene el equilibrio y armonía entre el hombre y los seres del mundo físico o pensamiento del medio, del pensamiento o mundo de abajo y del pensamiento o mundo de arriba. Esta armonía es mantenida por la interrelación que existen entre los pensamientos o mundos y el sabedor, que es la máxima autoridad espiritual y médico de los indígenas y de la selva, y que en estos territorios es conocido como el payé o *~kubu*.

El calendario ecológico no se limita a presentar los riesgos para la salud como en la lógica biomédica, sino que señala las condiciones que hay que tener en cuenta para vivir bien, para existir en armonía con las fuerzas de la naturaleza. No se trata de aplicar medidas de protección ante la evidencia de un riesgo inminente, sino de organizar la vida de tal manera que la producción de salud sea la producción de la propia salud. Para la comprensión de estos calendarios ecológicos desde la perspectiva de la salud, se puede categorizar en varios elementos o componentes como el tiempo, épocas o ciclos anuales, las constelaciones y las prácticas socioculturales.



## EL TIEMPO NO CRONOLÓGICO, ÉPOCAS O CICLOS ANUALES

La noción del tiempo no se trata de una hora, de una semana o del pasado, presente o futuro. Por el contrario, el tiempo se trata de la medición de las épocas de acuerdo con el calendario ecológico indígena de cada pueblo. Por ejemplo, para los cubeos existen entre dos a tres épocas o tiempos principales en su calendario ecológico, que varían de acuerdo con el clan. Entonces se podrían reconocer las siguientes épocas: Okorimi (tiempo de invierno-desde marzo hasta mediados de julio); *~Pamurimi* (va de mediados de julio hasta primera semana de noviembre, época de todo tipo de enfermedades causadas por árboles, infecciones de picadura de insectos o problemas de piel) e *ihirimi-verano* (desde noviembre hasta la primera semana de marzo). Mientras que para los pueblos Barasana, Eduria, Itana, Makuna y Tatuyo del Río Pira Paraná, existen cuatro épocas en su calendario ecológico: Época del Yurupari-HE OKA RODO-; Época de frutas silvestres-HERICA OKA RODO-; Época de la gente oruga-*~IA~BASA* OKA RODO SIORE y época de cultivos-OTE OKA RODO- (Gaia-Acaipi, 2014). Tal como lo señala el *~kubu* Barasano Reinel Ortega en una conversación *“nosotros tenemos cuatro épocas: época del Yurupari - época de dieta, frutales silvestres, época de gusano, época de cultivo. El calendario ya tiene orden, hay que cumplir con eso, el calendario no es solo de Barasanos afecta todo el mundo, el calendario está moviendo las enfermedades, nosotros es que pensamos eso”*.

La denominación de las épocas también están relacionadas y su nombre obedece a las épocas de floración o cosechas de la selva entendido como todo lo que provee, es decir productos animales o vegetativos, por ejemplo esta la época de la Pupuña (Pupunha en brasilero), época de la avina, época del miriti (Buriti en brasilero) o la época del Piracemo (subienda de pescados para desove), época del gusano o Tapuru, entre muchas otras épocas por la gran biodiversidad de flora y fauna de la selva y de la diversidad étnica del Vaupés.



## LAS CONSTELACIONES DEL CALENDARIO ECOLÓGICO Y CULTURAL

Las épocas y sub-épocas se miden o identifican principalmente a través de las constelaciones de las estrellas. La duración de cada constelación se entiende en la desaparición de la primera constelación dando paso a la siguiente. Aproximadamente cada constelación dura en promedio un mes y 20 días, según el tiempo (Sena-Tropenbos, 2012), aunque la duración de cada figura depende de cada constelación, porque hay figuras que duran un largo tiempo y otras, corto tiempo, por ahí durará un mes veintedías y otros hasta dos meses, según el tiempo (Guevara, 2003).

De acuerdo a la conversación con Enrique Llano, sabedor Cubeo Piaraki y la tía de la investigadora principal que también es Cubea, concuerdan y señalan que para los cubeos las principales constelaciones en el orden que aparecen son: 1.~Nahoko(camaron); 2.~Nahoko- irako(camaron con tenasas); 3. U-ivi(siete cabritos); 4.Moã-Kadava; 4.~Tuipe; 5.Hiadavivã; 6.Muñuvã; 7.Yaviva; 8. ~Ada-tarabi; 9.~Aiki -Hipobi; 10. ~Aiki -Kainiki; 11. ~Aiki - ~Hidi; 12. ~Aiki – Pikomu; y 13.Pamuri.

Mientras que para los Desanos existen alrededor de 18 constelaciones y en el orden que aparece son: 1. Dasiro vamokariarie raro; 2. Dasiro siaria; 3. Yairosiaria... y finaliza con 18. Pamupuiro (Guevara, 2003).

Se concluye que la cantidad de constelaciones y nombres de estas constelaciones varía por cada lengua que corresponde al mismo nombre del pueblo indígena, sin embargo las constelaciones son las que delimitan que prácticas en todos los aspectos de la vida del indígena se hacen al inicio, durante y al cierre de una época, y las prácticas puntuales y oportunas por cada época son las que mantienen según el pensamiento indígena la armonía entre el hombre y la naturaleza, lo que se traduce en salud, bienestar de la población o tener buena salud o estar bien.



## PRÁCTICAS SOCIOCULTURALES DE ACUERDO CON LA ÉPOCA O CICLO ANUAL

Cada época y sub-época es un indicador sobre lo que se debe o no se debe hacer; sobre los tiempos de recolección de cosechas silvestres; los tiempos de siembra de la chagra; de pesca; de caza; de recolección de insectos, termitas, hormigas, gusanos; de enfermedades que se pueden o van a presentar; de condiciones ambientales que pueden jugar a favor o en contra del indígena; de los momentos de intercambios de alimentos que se encuentran en abundancia, por medio de danzas rituales como el Dabucuri- ritual de sanación y agradecimiento a la naturaleza por la alimentación que provee-, o Yurupari-ritual para agradecer a la naturaleza por los alimentos que provee y para limpiar las energías negativas de los hombres, dándole fuede con un bejuco especial-Haramu, también es un ritual usado para la iniciación de niño a hombre y para la identificación de nuevos sabores-.

Durante todo el calendario ecológico se inicia y cierra cada época con curación y entre las épocas se realizan las protecciones con dietas, rezos y danzas a nivel colectivo y protecciones y curaciones a nivel individual en momentos como la gestación, nacimiento, primeros pasos, primera alimentación, primera menstruación y paso de niño a adulto en el hombre.

Actualmente hay una gran preocupación de los miembros de la comunidad de Yararácá, por el abandono de estas prácticas, por la falta de payés en su comunidad, y concluyen que todos los problemas que atraviesan, incluyendo los de salud se deben a esa trasgresión de la cosmovisión indígena y no cumplimiento de los calendarios ancestrales y culturales, así lo constata uno de los participantes de la comunidad de Yararaca *“Nosotros los pueblos indígenas si estamos perdiendo la salud. Nosotros estamos mirando solo lo occidental”* (Roberson, 2023).

Retomando el tema de la vigilancia en salud pública desde el paradigma biomédico hay unos conceptos o variables clásicos como el tiempo, persona, espacio-lugar, concepto de riesgo, concepto de señales, acciones individuales y colectivas, y la vigilancia basada en comunidad, que también hacen parte de los sistemas de salud indígena y nacen y se conciben desde los saberes ancestrales y tradicionales y que pueden conversar o traducirse para ambos sistemas, y es aquí donde queremos presentar los ocho pensamientos de conversación en torno a la vigilancia en salud comunitaria desde las bases culturales locales de siete pueblos indígenas participantes en la pesquisa que fueron Cubeos, Desanos, Carapanos, Tucanos, Baras, Barasano y Caguas que conviven en la comunidad de Yararácá de la zona suburbana carretera con la vigilancia comunitaria en salud del sistema de salud colombiano.

Los pensamientos o categorías se han denominado de la siguiente manera: 1. Tiempo como indicador del proceso salud-enfermedad desde el pensamiento indígena; 2. Riesgo/peligro en el proceso de salud-enfermedad; 3. Constelaciones-estrellas como indicadores del tiempo; 4. Señal como indicador de uso de prácticas de protección y cuidado de la vida; 5. Territorio físico y espiritual para mantener la armonía entre el hombre y la naturaleza(-salud); 6. Prácticas de protección y prevención para el cuidado de la vida dependiendo de la época y de momentos importantes de la vida del indígena; 7. Tensión entre el uso de la biomedicina y la medicina propia y 8. Enfoque de vigilancia comunitaria indígena de la salud.

## **PARTE 2: CATEGORIAS DE DIALOGO DE VIGILANCIA COMUNITARIA EN SALUD ENTRE LA MEDICINA INDIGENA Y LA BIOMEDICINA**

### **1. TIEMPO COMO INDICADOR DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DESDE EL PENSAMIENTO INDÍGENA**

El tiempo es una de las variables clásicas de la vigilancia epidemiológica y de la salud pública. El conocimiento de la distribución temporal permite, por una parte, predecir la tendencia o dinámica de una enfermedad; por otra diagnosticar situaciones de epidemia y además establecer patrones de inferencia estacional. El tiempo en epidemiología puede referirse al tiempo calendario, al tiempo cero o al tiempo epidemiológico y se puede medir en meses, semanas, días u horas, en función del tipo de estudio (García, 2005). También en el pensamiento indígena se habla del tiempo, sin embargo es un tipo de tiempo diferente, en este no se mide el día, mes, año, semanas o periodos epidemiológicos como se hace desde la biomedicina y la epidemiología, si no por el contrario se miden las épocas del calendario etno-ecológico-epidemiológico-social y cultural según el pueblo o clan indígena, que indica al indígena las prácticas que se pueden o no se deben realizar a nivel comunitario, de chagra o siembra, de pesca, de caza, de recolección de pepas silvestres o productos animales, de intercambios y en el proceso salud-enfermedad en lo que respecta a las prácticas de protección, curación, rezos, dietas y danzas-rituales. Entonces bajo esta perspectiva el indígena en todo el calendario epidemiológico de la biomedicina desarrolla acciones de prevención, promoción de la salud y gestión del riesgo, inclusive con una envergadura netamente preventivista, con un enfoque de mantenimiento de la vida en un entorno selvático y comunitario, y con un sentido de pervivencia de los pueblos indígenas. Entonces podemos concluir que el dialogo de la salud indígena y la biomedicina dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad posibilitan servicios de salud más eficientes en contextos intermedicalizados (Menéndez, 2003).

## 2. RIESGO/PELIGRO EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

El concepto de riesgo y peligro estructuran los sistemas de la vigilancia en salud biomédicos, y son los que direccionan acciones anticipadas u oportunas de vigilancia epidemiológica para evitar epidemias o brotes, actualmente en los lineamientos de vigilancia en salud pública colombiana se habla y se insta a la implementación de sistema de alerta temprana, gestión del riesgo ambiental, análisis del riesgo en salud pública, población a riesgo, salas de análisis de riesgos en salud pública, entre otros conceptos y estrategias que incluyen la palabra riesgo (INS, 2023) y con las cuales se activan unas acciones de prevención o intervención en vigilancia en salud pública; mientras que para las etnias de la comunidad Yararáca el riesgo o peligro hace referencia a la falta de curación y protecciones en las épocas del calendario ancestral, en los momentos importantes de la vida del indígena de acuerdo a cada cultura, y a la disponibilidad o no de payés o sabedores, sabedoras en las comunidades para mantener la armonía de los tres mundos. En este orden de ideas, el concepto de riesgo o peligro desde la perspectiva biomédica se encuentra alejado de lo que para el indígena es riesgo o peligro, sin embargo, tienen un mismo sentido y es el de proteger la vida y mantener la salud.

## 3. CONSTELACIONES-ESTRELLAS COMO INDICADORES DEL TIEMPO

Las constelaciones, estrellas o astros indican el inicio o cierre de las épocas del calendario indígena o ciclos anuales. La cantidad y nombres de las constelaciones varía por pueblo indígena. Cada constelación es un indicador o predictor de los cambios climáticos, de los cambios del ecosistema de la fauna, de la flora, de las prácticas de protección, curación, danzas e intercambios que practican los pueblos indígenas, de los momentos de siembra de las chagras, de la pesca, de la caza, de la recolección o pepeo y de la formación de sabedores. Este indicador de inicio y cierre de cada ciclo anual, es supremamente importante para mantener el equilibrio y armonía de los pueblos indígenas con su entorno y demás seres vivientes y con los otros mundos en su diario cotidiano, que sin duda se potencia con las prácticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e intervenciones en salud pública ante epidemias o brotes de eventos de interés en salud pública definidas por la biomedicina.



## 4. SEÑAL COMO INDICADOR DE USO DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN Y CUIDADO DE LA VIDA

Los sueños, las visiones bajo consumo de Yagé, los cantos de pájaros o algunos sonidos especiales de animales o de la selva en ciertas horas, y las corazonadas o sustos son consideradas señales por el indígena, no solo para los procesos de salud-enfermedad si no para el andar diario del indígena, e indican la realización de curaciones y protecciones, al considerarse malos augurios o malas señas. Algunas señales son interpretadas por el payé o sabedores y otras pueden ser interpretadas por cualquier persona que tenga el conocimiento transmitido por los mayores. las indicaciones y prácticas de los tipos de protección principalmente están guiados por el payé o sabedores.

Respecto a los sueños, hay interpretaciones para cada tipo de sueño, cualquiera que sepa puede hacer la interpretación, sin embargo, los sueños del payé indican curaciones y protecciones comunitarias y del territorio. Según Tedlock (1992), los sueños son un universal humano y la interpretación también son un universal cultural, es por esto que a lo largo de la historia diversas sociedades practican las experiencias oníricas como mecanismos de protección para el control de los eventos futuros, especialmente aquellos que quiebran la cotidianidad, así pues desde el punto de vista psicológico la experiencia onírica se constituye en un mecanismo cognitivo al que se recurre para conseguir la salud, el equilibrio y la paz deseada (Vargas, 2013). Estos mecanismos de protección también son usados por los pueblos indígenas Amazónicos como experiencias oníricas de mal augurio que requieren unos cuidados, según el ~kubu Barasano Reinel Ortega *“la historia del sueño es que nuestros madres mundos, nos dejaron el día para hacer actividades y la noche para descansar, por eso dijeron eso los orígenes para soñar, ellos que dijeron para los descansos, cuando ellos estén durmiendo, descansando ellos iban a mostrar algo, por eso ellos informaron eso, antes que pasará algo ellos iban mostrando, como avisando si va hacer eso, las madres del mundo -Ayawa-cuando soñó va a mostrar”*.

Una de las plantas usadas en rituales sagrados como el Yurupari, donde se conoce el rol del hombre indígena dentro de la comunidad, así como los nuevos sabedores, a través de su uso, es el Yagé, el Yagé le muestra al hombre su rol (payé o ~kubu, danzador, historiador, artesano etc.) y es quien escoge esos nuevos sabedores, por eso se considera una señal.

Las personas que saben, identifican los tipos de cantos de ciertos pájaros o sonidos de animales del monte y dependiendo de la forma y la hora en que se presentan, los predicen como mala seña, algunos de estos cantos son de un pájaro llamada Burucutu, del Tucán o Chajoco, también existen sonidos de animales que son asociados a mala seña como el Marucu o el Chipe.

Otra señal negativa en el pensamiento indígena, son las sentidas por la persona como temblor en los labios, corazonadas/sustos-jeru-jeru- o cuando un pensamiento es verdadero o falso se siente un sonido en la garganta: aú en lengua Cubea.

Todas estas señales son advertencias para el indígena de que algo malo puede pasar o pasarle, ahí es donde se deben realizar protecciones con rezos en Breo, Caraña, Carayurú y en lo posible evitar salir de la casa o maloca y no ir a la chagra o desarrollar actividades de riesgo o peligrosas por ejemplo como rozar, cazar, rajar leña. Estas protecciones si bien son muy importantes, según las etnias de Yaracá, las nuevas generaciones ya casi no las practican por múltiples razones: porque han dejado su entorno familiar y comunitario desde muy niños para ir a estudiar a escuelas o internados convencionales, porque no tienen sabedor o porque ya no les interesa mantener estas prácticas al desarrollar y tener interferencia de otras actividades de la cultura no indígena.

Al igual que en la cultura indígena en el sistema de vigilancia en salud pública colombiana se usa el concepto de señal y se define como una situación que puede indicar o predecir una alerta en salud pública (INS, 2023). Las señales son tan importantes en los dos pensamientos de salud, porque ambas predicen o indican prácticas de protección para las personas, sin embargo, las señales desde el pensamiento indígena se observan de manera permanente porque guían el diario vivir del indígena en el monte y a nivel colectivo y no solo son acciones al servicio de la posible aparición de una enfermedad como en la biomedicina, más ambas tienen el mismo sentido de protección de la vida.



## 5. TERRITORIO FÍSICO Y ESPIRITUAL PARA MANTENER LA ARMONÍA ENTRE EL HOMBRE Y LA NATURALEZA(SALUD)

En el pensamiento indígena de los pueblos del Vaupés, hay tres espacios, planos, mundos o pensamientos, que se interrelacionan y se entretajan con el fin de mantener una armonía, un equilibrio entre la naturaleza y el hombre, el hombre y su comunidad y consigo mismo, y son denominados así: El pensamiento de arriba o espiritual, el pensamiento intermedio o mundo físico y el pensamiento de abajo o de las energías. El manejo y la armonía de los tres pensamientos ha sido dado y está a cargo del máximo sabio de la comunidad, el payé o ~kubu.

El pensamiento de arriba hace referencia al manejo de las fuerzas sobrenaturales, como la capacidad que tiene el Yaví-Payé de generar lluvias o sequías, de mandar truenos o rayos; para esta comunicación, control y provocación el payé tiene unas herramientas básicas como: el breo o la brea, la piedra, el tabaco, el mambe, el Carayurú y el pensador (asiento Tucano).

Respecto al pensamiento intermedio, vegetativo, natural o plano físico, el payé realiza las curaciones y protecciones necesarias para mantener la armonía entre el hombre con los otros seres no humanos es decir con la gente y espíritus de la naturaleza( Guevara, 2004), que coexisten con el indígena en la selva y con las fuerzas de arriba y de abajo, estas curaciones y protecciones las realiza el payé al inicio, durante y en la finalización de los ciclos, épocas o tiempos del calendario ecológico y en los momentos claves de la vida del indígena también en el contexto de los ciclos anuales. Para que el pensamiento del mundo natural fluya y mantenga una armonía y equilibrio las personas deben cumplir con las curaciones y protecciones, de lo contrario aparecerá el caos manifestado en enfermedades, maldad y problemas socioculturales.

El inframundo o pensamiento de abajo, hace referencia a las fuerzas negativas y positivas, al pensamiento bueno y malo, a su manejo y equilibrio, para no generar caos y enfermedades en el mundo intermedio y pensamiento de arriba. en el pensamiento indígena es necesario la existencia de las fuerzas negativas, para mantener el equilibrio en el proceso de salud-enfermedad. En este mundo se encuentran guardados los sueños, las enfermedades y energías negativas o malas.

Tal como lo señala Carlos, autoridad tradicional de Yararaca:

Está bien que tuviéramos ese control que no pasará nada, pero lastimosamente para mantener el equilibrio sucede eso, tiene que haber una razón para que se active otra, para tener control, es como decir medicina- enfermedad, tiene que estar ahí, por eso la percepción del mundo no es ausencia de todo, tiene que haber presencia de cierta situación para poder dar explicación o acción pura para poder dar continuidad a ese ciclo biológico que nosotros tenemos como personas, así mismo darle continuidad de existencia al inframundo y a la parte espiritual, que son poderes que a simple vista no vemos no conocemos, pero la persona preparada tiene esa concepción, tiene el conocimiento y habilidad de sentirlo, prever y actuar sobre él, eso es.

Los tres espacios o pensamientos desde la cultura indígena del Vaupés no tienen una traducción en el pensamiento biomédico de la vigilancia en salud pública. Es posible pensar que el plano vegetativo o intermedio hace parte del fenómeno epidemiológico biomédico cuando ocurre la enfermedad o evento de interés en salud pública y es aquí donde las acciones de salud pública se pueden potenciar con las prácticas de curación y protección de la medicina indígena.



## 6. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL CUIDADO DE LA VIDA DEPENDIENDO DE LA ÉPOCA DEL CICLO ANUAL Y DE MOMENTOS IMPORTANTES DE LA VIDA DEL INDÍGENA

Los Jaguares del Yurupari tienen una manera propia de manejar su medio ambiente, para conservar el equilibrio con la naturaleza, si no existiera este manejo equilibrado, se generarían malestares y pugnas entre unos y otros, y esto atraería enfermedades (Acaipi-Gaia, 2014). Este pensamiento es común entre las diferentes etnias del Vaupés, incluso este pensamiento ecológico del proceso de salud-enfermedad es compartido por pueblos indígenas del Brasil, por ejemplo desde la cosmovisión Munduruku, la reproducción biosocial está constantemente amenazada, sea por los seres del mundo invisible subacuático y de la selva (bichos del fondo, espíritus del aire etc.), sea por los pariwat (blancos, civilizados, enemigos), por las epidemias, violencias o invasiones de territorios (Scopel *et al.*, 2018).

Entonces para mantener la salud que es concebida por los pueblos indígenas del Vaupés como la práctica vivenciada de hermandad entre las personas, el medio comunitario, la cultura y las gentes de la selva (Guevara, 2004), cada pueblo indígena tiene un manejo especial que le fue dado desde el origen. Por eso antes, durante y al cierre de cada época del calendario ancestral se realizan curaciones y protecciones; pueden hacerse para pedir permiso para realizar intervenciones en el territorio, para arreglar problemas que surgen por no haber seguido indicaciones o recomendaciones, o para curar enfermedades. Este conocimiento se ha venido transmitiendo oralmente de generación en generación y es manejado por personas que han sido formadas especialmente para ello, con distintas especialidades que se complementan entre sí (Sinergias, 2022).

Los rituales de curación se realizan para prevenir todos los males que puedan afectar dentro del territorio (Acaipi-Gaia, 2014) y se hacen al inicio y cierre de cada época del calendario ancestral. También se cura la maloca, la chagra, las actividades de las mujeres en la chagra, la pesca, la caza y se cura en los diferentes momentos importantes de la vida del hombre indígena. En estas curaciones bendicen el transcurrir de las épocas del ciclo anual para la correcta sucesión de veranos e inviernos y pervivencia del hombre.

Todas las épocas se deben cuidar, de alimentación de toda clase, yuca, casabe, pescado, fruta, chicha. Por eso los antiguos curan bien, alimentación curan, protegen con Carayurú, con breo, así hacen cada época, cada época pasa hacen lo mismo (Reinel Ortega-~kubu, 2023).

Las protecciones se realizan entre las épocas e incluyen los rezos; dietas, no solo de alimentos sino también de lo que se debe y no se debe hacer, y danzas-rituales. Las protecciones personales inician con la mujer y familia gestante, y continúan a lo largo de los momentos claves de la vida del indígena como el nacimiento, la primera alimentación, los primeros pasos, la primera y segunda menstruación en la mujer y el paso de niño a adulto en el hombre. Las curaciones y protecciones buscan mantener la armonía e interrelación de los 3 pensamientos o espacios: pensamiento de arriba o espiritual, intermedio o vegetativo y pensamiento de abajo.

Estas prácticas de curación y protección permanentes y anuales son las que deben legitimarse y dialogar con las políticas de salud pública y de vigilancia en salud pública, esto es desde la perspectiva de Menéndez (2003) la comprensión y articulación del sector salud con el saber local, específicamente con las formas indígenas de autoatención, para promover servicios más eficaces; menos colonizadoras y siempre desde un enfoque de concertación y conciliación de ambas racionalidades médicas.



## 7. TENSIÓN ENTRE EL USO DE LA BIOMEDICINA (LO OTRO) Y MEDICINA INDÍGENA (LO PROPIO) EN CONTEXTO INTERMEDICALIZADO

En los pueblos indígenas del Vaupés, hay una tensión entre la práctica de la medicina indígena y el uso de la biomedicina, que salió y se vio reflejada en las conversaciones con los habitantes de la comunidad Yraraca. Esto es, que ante la ocurrencia de alguna enfermedad las personas buscan o asisten primeramente a los servicios de la biomedicina y no a las prácticas ancestrales y tradicionales de la medicina indígena, esta situación ha generado un debate importante entre los mismos indígenas y las comunidades, incluyendo a Yraraca que hacen parte de la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona Aledaña de la Carretera – AATAC –, que han propuesto la necesidad de fortalecer las prácticas de la medicina indígena como la primera atención en salud o la salud mayor y la necesidad de articular ese sistema de salud indígena con la biomedicina, cuando el payé o sabedores de las comunidades no puedan curar la enfermedad. Hay un fuerte cuestionamiento y análisis interno de las causas que han generado la pérdida o desinterés por el uso de la medicina indígena y de posibles estrategias para recuperar o fortalecer el conocimiento en salud que tienen actualmente, y es una apuesta comunitaria, organizativa y política de la comunidad Yraraca y de la AATAC.

Pese a que el Instituto Nacional de Salud-INS en los nuevos lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública de Colombia en lo referente a vigilancia basada en comunidad insta a que se implemente este tipo de vigilancia

con enfoque étnico y territorial, estos son muy recientes y no hay un ejercicio real de los actores de salud locales en Vaupés y las autoridades tradicionales indígenas para poner en diálogo el pensamiento de salud indígena con y en este tipo de estrategias, sin embargo es un momento coyuntural a favor de los acercamientos y diálogos de ambas medicinas.

## 8. ENFOQUE DE VIGILANCIA COMUNITARIA INDÍGENA DE LA SALUD

Resultado de las conversaciones con los participantes de la comunidad Yararaca, la vigilancia comunitaria en salud es concebida por los participantes, como una estrategia de salud centrada en el desarrollo del rol del payé a nivel social, comunitario, espiritual y político, con el apoyo de las personas de la comunidad y en diálogo con la biomedicina. El payé resulta ser el actor principal para cualquier tema de salud, para el caso puntual de la vigilancia comunitaria, es la persona indicada, aceptada y legitimada por la comunidad para estar pendiente de lo que sucede con el tiempo en el marco de un calendario ecológico, en el marco de unos momentos claves de la vida y cuando las personas o comunidad enfermen, siempre el eje para este tipo de vigilancia va a ser el payé con el apoyo y participación de otro tipo de sabedores y de los habitantes de la comunidad. Se concluye que la vigilancia comunitaria no se puede concebir sin la participación activa del payé en comunidades indígenas como las del Vaupés. La figura del payé y de otro tipo de sabedores no existen en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública colombiano, sin embargo, es uno de los actores claves que se debería involucrar en las estrategias de vigilancia comunitaria en salud que se implementen en territorios étnicos que tienen este tipo de sabedores.

## CONSIDERACIONES FINALES

En la vida del indígena de la Amazonia del Vaupés, las lógicas de producción de salud a diferencia de la biomedicina, es en el cotidiano y está estrechamente ligado al calendario ecológico, donde están inmersas las prácticas de protección y curación orientadas por el sabedor o sabedores. No obstante, existen muchas comunidades que se consideran y autoreconocen como pueblos y sociedades vulnerables por no contar con esta figura dentro de sus organizaciones y territorios, incluida la comunidad de Yararaca al ser una comunidad que se encuentra en relevo generacional. Estas son reflexiones y discusiones importantes en la agenda actual de las organizaciones indígenas locales.

Las prácticas de salud indígena tienen un enfoque ampliamente preventivo de acuerdo con el mito de origen de cada pueblo indígena. Las prác-

ticas de cantos, canticos o “rezos”, de dietas, de curación en los momentos claves de la vida del indígena; de danzas, de tratamiento a base de plantas medicinales rezadas por el payé o ~kubu o manejo de las energías, son compartidas por la mayoría de los pueblos indígenas del Vaupés, con ciertas variaciones de acuerdo con el pueblo, familia y clan indígena. Estas diferentes racionalidades son las que tejen, entretejen y destejen el cotidiano de las reproducciones de salud en un contexto intercultural, social, político y organizativo de las comunidades indígenas multiculturales.

Las prácticas de prevención, cuidado, curación y tratamiento indígenas tanto individual como colectivo son tan complejas y diversas que no se pueden ni deben encajar a los referentes técnicos y normativos de la biomedicina del sistema de salud colombiano. Del mismo modo, los referentes biomédicos no se pueden integrar a los sistemas de salud propios, pues estaríamos hablando de la colonización de estos sistemas, por el contrario estos dos enfoques si pueden conversar para definir un sentido de las acciones en salud que cada una reproduce, que reconozca la legitimidad y autonomía de las epistemologías indígenas, con el fin de lograr diálogos que transformen de manera positiva la salud de los pueblos indígenas y los indicadores en salud indígena en los sistemas de salud biomédicos.

En tiempos tan coyunturales para la medicina indígena, es necesario afirmar los saberes ancestrales, tradicionales y orales como un sistema complejo y necesario en la producción de salud y la comprensión de salud en los territorios con presencia de personas indígenas, como el Vaupés y en otras partes del mundo, siempre que esta comprensión salvaguarde el conocimiento puro de los diferentes pueblos indígenas, que no se puede o debe compartir y visibilizar.

Es indiscutible percibir, por un lado, una cosmovisión articulada, que da consistencia a los saberes y prácticas que orientan la producción de la salud individual y colectiva, con un sistema que articula la vigilancia comunitaria a la producción de la salud y de la propia vida, y por otro lado, una tensión evidente con la cosmovisión de la biomedicina. Entre las diferencias relevantes con la cosmovisión de la cual la biomedicina es tributaria, los saberes tradicionales fundamentan una visión de territorio donde no se expresa la dicotomía hombre y naturaleza, dado que esa escisión es, en sí misma, un factor de riesgo de enfermedad y vaciamiento de la vida. No es posible analizar la tensión entre las cosmovisiones y naturalizar las formas predatorias de ocupación del territorio que hemos vivido en la civilización occidental moderna, dado que parte de los riesgos naturales y agravios a la salud derivan exactamente de esta escisión. De la misma forma, la segmentación del cuerpo y la jerarquización de las vidas queda evidenciada como perjudicial para la salud, produciendo un choque con el naturalismo de la biomedicina y del pensamiento moderno.

Así, y como condición preliminar a la comprensión de la vigilancia comunitaria y sus tensiones al pensamiento colonial sobre la salud, el recorrido hasta aquí nos moviliza a pensar en las culturas tradicionales y en los saberes ancestrales no como "*barbarie*" como lo hicieron los pensadores y filósofos clásicos hace algunos siglos, pero como un marco civilizatorio que guarda respuestas a nuestra crisis civilizatoria.

Seguiremos el camino de la investigación, ya liberada del peso del conocimiento colonial y bañada por los saberes vivos de nuestro territorio de recorrido. Seguiremos también compartiendo nuevos informes de la investigación, como contribución a una ciencia más generosa con las vidas y capaz de superar nuestras crisis sanitarias, políticas, éticas hacia una nueva meseta civilizatoria en la que la preservación del planeta se considere una iniciativa ética y política para preservar todas las vidas que se expresan en cada territorio.



## BIBLIOGRAFIA

- Duran, A. R. (2023). **Sabedora de la etnia Cubea del Caño Cuduyari**. Conversaciones en el periodo de septiembre a noviembre.
- Ramírez, C. E. R. (2023). **Autoridad Tradicional comunidad indígena Yararaca**. Conversaciones en el periodo de abril a diciembre de 2023.
- Llanos, E. (2023). **Sabedor de la etnia Cubea de la comunidad Virabazú**. Conversaciones en el periodo de marzo hasta julio.
- Moreno, F. M. V. (2023). **Enfermero, de la etnia Guanano**. Conversaciones en abril y mayo.
- Fernández, M. C. (2023). **Líder de la etnia Cubeo de la comunidad Macaquiño**. Conversación en abril.
- Ortega, R. (2023). **-kubu de la etnia Barasano de la comunidad Puerto Ortega**. Conversación en agosto.
- Estrada, Y. C. (2023). **Sabedora de la etnia Tucana de la comunidad Yararaca**. Conversaciones en el periodo de septiembre a noviembre.
- Asociaciones de Capitanes y Autoridades Tradicionales Indígenas del Río Pira Paraná- ACAIPI y Fundación GAIA AMAZONAS. (2014). **El territorio de los Jaguares del Yuruparí**. Conocimiento tradicional de las etnias del Río Pira Paraná para el cuidado del medio ambiente. Vaupés. 1-79p.

- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja-IFRC. (2019). **Vigilancia basada en la comunidad Herramienta de evaluación**. 1. ed. Ginebra.
- Instituto Nacional de Salud-INS. **Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública: Etapa 1.2. sistema de alerta temprana: vigilancia basada en comunidad - fases de implementación**. 1.ed. Bogotá, 2023. 1-100 pág.
- GOBERNACIÓN DE VAUPÉS. (2023). **Análisis de Situación de Salud-ASIS departamento de Vaupés 2022**. Mitú: Secretaria de Salud Departamental. 1-213p.
- Guevara, J. (2003). **El seguimiento y asesoría al Plan de Atención Básica (PAB) intercultural al departamento del Vaupés**. Departamento Administrativo de Salud de Vaupés. Bogotá. 1-136P.
- Guevara, J. (2004). **Etnodesarrollo y medicina indígena ecológica**. Departamento Administrativo de Salud de Vaupés. Bogotá, 1-72P.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciencia & Saúde Coletiva**. 8(1): 185-207.
- Minsalud Colombia (2022). **Lineamientos metodológicos para la operación de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública con Enfoque Comunitario en Colombia**. Bogotá.
- Sena-Tropenbos (2012). **Plantas exóticas: Heliconias**. Comunidad Bogotá Cachivera; Mitú, Vaupés. Recuperado el 31/07/2023 en: [https://www.google.com/search?q=plantas+exoticas+heliconias&rlz=1C5CH-FA\\_enCO1032CO1057&oq=plantas+exoticas+heliconias&aqs=chrome..69i57.239838134j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=plantas+exoticas+heliconias&rlz=1C5CH-FA_enCO1032CO1057&oq=plantas+exoticas+heliconias&aqs=chrome..69i57.239838134j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8).
- Scopel, D., Dias-Scopel, R., Langdon, E. J. (2018). A cosmografia Munduruku em movimento: saúde, território e estratégias de sobrevivência na Amazônia brasileira. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 13, n. 1, p. 89-108, jan.-abr. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222018000100005>.
- Sinergias. (2022). Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. **“Endulzando el corazón”**. Material de educación alimentaria y nutricional para gestantes y menores de dos años. 1-64.
- Vargas, A. (2013). Los sueños y las almas para el hombre Andino. **Revista de Estudios Cotidianos-NESOP**. 3(1): 354-375.

# Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Cuidados Intermediários na Amazônia



Túlio Batista Franco



## INTRODUCCIÓN

modo de organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, adotaram, a partir da segunda metade do século XX, um modelo polar. Constituído de um polo na Atenção Básica e outro na Atenção Hospitalar, criando uma grande lacuna no sistema de cuidado entre esses dois componentes da rede assistencial. O fato é que, se um usuário sob cuidados continuados em domicílio, fizer um quadro agudo, o qual muitas vezes seria passível de uma boa resposta com um programa de recuperação, hoje ele só tem como alternativa a internação em um “hospital de agudos”, como poderíamos chamar os grandes hospitais.

Uma alternativa a este modelo são os chamados “Cuidados Intermediários”, qualificados neste texto como aqueles que se situam entre a Atenção Básica e Atenção Hospitalar. Esse modelo estão presentes nos grandes sistemas de saúde da Europa e incorporam diversos tipos serviços na continuidade do cuidado, como Atenção Domiciliar, Cuidados Paliativos, Hospital Dia. Os Hospitais Comunitários têm a finalidade de atender uma comunidade territorialmente referenciada, com programas de recuperação e reabilitação, que gera ganhos de autonomia de usuários agudizados, mas que não necessariamente precisam de uma internação em grande hospital.

Há vários estudos que atestam a eficácia dos Hospitais Comunitários como uma alternativa ao Hospital Geral, para o cuidado a pessoas crônicas que

agudizam, ou egressos de internação hospitalar. Estes grupos de usuários podem se expandir para outras possibilidades, a depender da pactuação local entre gestores e trabalhadores da saúde. Enfim, o projeto é flexível e pode sofrer mudanças a depender as necessidades locais.

Em pesquisa realizada na Noruega por Garasen, Windspoll e Johnsen (2007), os autores afirmam que o atendimento nos Hospitais Comunitários incidu significativamente no número de readmissões, no tempo de internação, continuidade do cuidado e no favorecimento da assistência em nível primário.

Na Universidade de Bologna foi defendida uma tese por Pieri (2016), sobre o tema com o título *“L’Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell’assistenza”*. A tese faz um estudo detalhado a partir dos instrumentos de monitoramento e do impacto dos Hospitais Comunitários no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido e da Região Emilia-Romagna na Itália. Conclui que os Hospitais Comunitários podem representar recurso importante para reorganização dos sistemas com o fortalecimento da assistência territorial favorecendo a continuidade do cuidado, integração e coordenação entre serviços.

No Brasil, os cuidados intermediários podem assumir uma configuração muito ampla, com vários serviços organizados em rede. Para o Sistema Único de Saúde significa um fator de *“sustentabilidade instituinte”* (Franco, 2020), que supõe o fortalecimento do SUS proporcional à sua capacidade de inovação e mudança. E é justamente isto o que significa esta proposta, resolver uma lacuna na rede assistencial, ampliar o escopo dos serviços de referência territorial, intensificar as redes para a melhoria da continuidade do cuidado.

“Sustentabilidade instituinte” é o conceito que venho propondo há algum tempo, para dizer que o Sistema Único de Saúde se sustenta se tiver a capacidade de mudança contínua, ou seja, não se acomodar no instituído, ou, no que já foi construído ou conquistado como direito, materialidade, institucionalidade. Então a inquietude seria nosso *modus vivendi*, estaríamos permanentemente buscando inovações que superassem o status quo, o que supõe uma grande capacidade de pensar novas perspectivas para o SUS, seja no seu modelo de funcionamento da gestão e assistência acoplados entre si, quanto no aspecto cotidiano da produção do cuidado. Desfazer e refazer mundos é a sina de uma política social vigorosa, e é assim que pensamos a dinâmica cotidiana de construção do SUS (Franco, 2020. p. 35).

Estudos desenvolvidos em vários países evidenciaram resultados importantes associados aos cuidados intermediários, incluindo os hospitais comu-

nitários entre eles. Uma revisão integrativa realizada por Tritany, Franco & Mendonça (2021, p. 493-4) atestam estes resultados:

São apoiados em evidências de alta qualidade quanto a sua eficácia e custo-efetividade, por apresentarem melhores desfechos com uso semelhante de recursos. Também são notáveis resultados que apontam para benefícios inerentes aos Cuidados Hospitalares e aos Cuidados Intermediários, como: ganhos funcionais importantes para pacientes durante a estada no Hospital Comunitário; menores taxas de readmissão hospitalar e maior número de pacientes não dependentes de atendimento comunitário/serviços domiciliares em relação àqueles tratados no hospital geral.

O que se verifica com estes estudos é o grande ganho em eficácia e eficiência ao estruturar serviços de cuidados intermediários, neste caso os Hospitais Comunitários são um dispositivo importante neste sentido. Esse investimento apoia-se na ideia segundo a qual tudo cuidado que for possível, resolutivo e eficaz quando realizado no território, deve ser feito neste âmbito. Trata assim o domicílio e territórios comunitários como extensão qualificada dos serviços de saúde. Desta forma, reserva-se ao hospital geral, ou “de agudos”, o que realmente necessita de tecnologia hospitalar.

A tendência internacional aponta nesta direção, como demonstra este estudo, e em particular a experiência italiana e do Reino Unido. No Brasil com igual necessidade é importante investir neste tipo de serviço, resolvendo uma lacuna no SUS, inovando na gestão do cuidado e da clínica, e ao mesmo tempo, aumentando resolutividade com melhoria do cuidado aos usuários.



## HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA AMAZÔNIA

No Brasil, os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são unidades hospitalares que se enquadram em uma categoria específica definida. De acordo com a Portaria nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde, um Hospital de Pequeno Porte é aquele que possui de 1 a 50 leitos, atendendo principalmente a demanda de uma população específica em uma determinada região ou município. Geralmente, esses hospitais desempenham um papel importante no acesso à saúde em áreas mais remotas ou com menor densidade populacional, onde a demanda por serviços de saúde é menor em comparação com áreas urbanas. Eles contribuem para garantir o atendimento de saúde para a população local, evitando deslocamentos longos para receber cuidados médicos. Em 2019, de acordo com o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem no país 5.187 Hospitais de Pequeno Porte (HPP), dos quais 3.300

são da administração pública, no Sistema Único de Saúde (SUS). Isto representa 73,4% e 63,8% de hospitais, respectivamente, em relação ao total de hospitais existentes no Brasil.

A taxa de ocupação nestes hospitais varia entre as regiões, mas está em 21% na média, com taxa de permanência de 3,1 dias. Esta ocupação é considerada muito baixa em relação à média de 61% para os Hospitais acima de 50 leitos (CNES, 2019). A reduzida utilização impacta nos custos destes equipamentos, tornando-os muitas vezes de um custo alto, em relação aos serviços que são capazes de prestar à população.

De acordo com o Ministério da Saúde, na Região Norte do Brasil há 435 HPP que disponibilizam 9.292 leitos, equivalente a 71,8% do total de hospitais na região, sendo que destes 303, detendo 7.071 leitos, representando 63,9% do total, pertencem à Rede SUS (CNES, 2019). O paradoxo com o qual lidamos neste contexto, diz respeito ao fato de que embora necessitando de equipamentos e recursos na rede de saúde, estes hospitais apresentaram uma taxa de ocupação de apenas 23% para o ano de 2018 (SIH/SUS, 2018). Ao mesmo tempo consomem a maior parte dos recursos da saúde nos pequenos municípios.

Apesar dessa realidade, comprometimento de alto percentual do orçamento da saúde do município para a manutenção dos HPP e desempenho ruim, contraditoriamente esses hospitais também aparecem na fala dos gestores como sendo de suma importância para a organização dos serviços de saúde e para a consolidação de uma boa gestão política no município (Souza *et al.*, 2019. p. s/n).

Urge uma solução consistente e definitiva para os HPP, considerando que são equipamentos de extrema importância, dado o número destes hospitais na rede SUS, sua distribuição em todo território nacional e a relevância para usuários dos municípios onde estão presentes. Muitos deles são a principal unidade de saúde local, onde as pessoas recorrem sempre em caso de necessidade. A questão que se coloca, portanto, é de uma solução criativa e ousada, que aumente o escopo de atribuições dos Hospitais de Pequeno Porte, como por exemplo, a implantação de uma rede de cuidados intermediários, utilizando estes recursos, o que torna o investimento baixo, em relação ao grande incremento de serviços a ser feito. Este tema será mais bem discutido à frente.

Isto significa que se tornam equipamentos extremamente caros em relação à sua pequena utilização. Geralmente em pequenos municípios, estes hospitais encontram grandes dificuldades na sua sustentabilidade. Desde o ano de 2004, o Ministério da Saúde vem procurando uma solução para esta questão, sem sucesso até o presente momento. Os projetos encaminhados até então, não conseguiram mudar o quadro de subutilização, de equipamentos não sustentáveis

devido à baixa resolutividade e pouco uso. Ao mesmo, se mantém a população usuária necessitando de grandes e frequentes deslocamento para ser assistida em outras localidades. Estudo realizado por Souza *et al.* (2019) nos informa:

conclui-se que, apesar de documentação normativa sobre a adequação e contratualização dos HPP ter sido proposta há quase 15 anos, visando à sua inserção qualificada na rede hierarquizada de atenção à saúde, ainda há muito que fazer para que vigore na prática (Souza *et al.*, 2019. p. s/n).

Os Hospitais de Pequeno Porte podem desempenhar um papel fundamental para a região da Amazônia no Brasil desde que aumentem o escopo de serviços incorporando os cuidados intermediários, se institua como serviço de referência territorial, e faça fluxos com a Atenção Básica. A vastidão geográfica e a distribuição populacional esparsa dessa região tornam o acesso aos serviços de saúde um desafio significativo. Nesse contexto, podem ter um papel vital no fornecimento de cuidado para as comunidades locais.

Um dos principais benefícios dos HPP na Amazônia, contando com este novo escopo de atribuições e ação, é a proximidade com as comunidades, e o aumento significativo da resolutividade. Podem trazer o cuidado para mais próximos das pessoas, porque significam a territorialização de importantes serviços assistenciais à população, garantindo acesso rápido e facilitado à atenção à saúde. Devido à vasta extensão territorial, dificuldades e longas distâncias para os deslocamentos das áreas remotas e alto custo, se torna inviável para os moradores viajarem longas distâncias para receber atenção à saúde em grandes centros urbanos.

O que se propõe é utilizar o conceito de “*cuidados intermediários*”, como o cuidado que se realiza entre a Atenção Básica e Hospitalar, para através dele propor uma reconfiguração dos HPP, que seria feito em projetos singulares, ou seja, que estejam de acordo com a necessidade específica da comunidade local, onde ele está instalado. Mas que ao mesmo tempo aumentassem o escopo de atribuições que lhe são conferidas pela gestão local, procurando desta forma produzir o efeito de ampliar serviços e o acesso dos usuários, melhorar o cuidado, e garantir a sustentabilidade destes serviços.

A reconfiguração dos Hospitais de Pequeno Porte, atribuindo-lhe também os cuidados intermediários contando com ampliação dos seus serviços, pode ser essencial para a pronta resposta em situações de cuidado mais emergencial, como situações de pessoas em condições crônicas que agudizam, ou apresentam um quadro subagudo, muito comum para população de pessoas em condições crônicas ou egressos de internações.

A reconfiguração dos HPP em Unidades que ampliem seu escopo de serviços, incorporando também os “*cuidados intermediários*”, se justifica por duas grandes questões: a primeira já dita acima, a da necessidade de alterar o seu modelo assistencial, se adaptando às condições atuais das necessidades da gestão do cuidado, associado à sustentabilidade destes serviços. Imaginamos que se poderia criar uma rede de serviços de cuidados intermediários, acoplados aos HPP, fazendo conexão e fluxos com a Atenção Primária e Hospitalar. Isso poderia criar uma grande potência na possibilidade de atenção das redes assistenciais.

A segunda questão se refere à urgência em atender às necessidades que surgem com base na mudança do perfil etário da população, com aumento dos idosos em relação à população geral. A maior prevalência de crônicos exige a ampliação de serviços de atenção às condições crônicas, sobretudo para as situações de agudização, em que a APS não tem recursos suficientes para este cuidado. A grande maioria destes casos não tem necessidade do Hospital Geral, e, muitas vezes, nem seria um encaminhamento adequado, se houver um Serviço de Cuidados Intermediários, que possibilita uma internação para recuperação ou reabilitação do usuário.

Os HPP em uma nova configuração que assimila os cuidados intermediários na sua estrutura, podem servir como importantes centros de capacitação e formação de profissionais de saúde, oportunizam estágio e residência para estudantes de cursos da saúde, permitindo que adquiram experiência prática em um contexto real e desenvolvam habilidades específicas para atender às necessidades da região. Tudo isto operando com pedagogias como sugere a ideia de educação permanente, orientadas pela problematização da realidade, como fundamental no processo de ensino e aprendizagem, proposto por Paulo Freire.

Os cuidados intermediários podem desempenhar um papel crucial na região da Amazônia, contribuindo para a resolutividade no cuidado às pessoas, a redução do deslocamento de usuários entre municípios e a diminuição dos custos dos serviços de saúde. Seria possível potencializar as linhas de cuidado, operando em rede com a Atenção Básica, o que preenche a lacuna entre a Atenção Básica e os cuidados hospitalares que existem hoje. Proporcionariam um cuidado com maior resolutividade nas redes locais, melhorando o conforto e cuidado aos usuários. É necessário constituir uma rede de saúde robusta, em condições de maior resolutividade, centrada em responder às necessidades dos usuários.

Uma proposta de fortalecimento dos hospitais de pequeno porte pode ainda ser crucial para o cuidado próximo das comunidades, em condições de responder a intempéries da natureza, e mesmo desastres provocados

pela intervenção humana como incêndios florestais e outros incidentes naturais. Podem ter um impacto positivo no cuidado ambiental associado à promoção da saúde, além de programas para aumentar o protagonismo das comunidades na prevenção de problemas de saúde e iniciativas comunitárias associadas às das equipes de saúde.

Uma possibilidade a ser considerada é a redução dos custos dos serviços de saúde, se implantados os cuidados intermediários, poderão evitar internações desnecessárias ou inadequadas na rede hospitalar, eliminando os gastos com internações hospitalares e permitindo uma distribuição mais eficiente dos recursos disponíveis. Outro aspecto importante diz respeito à melhoria na qualidade do cuidado e na satisfação dos usuários, além de prevenir agravamentos de doenças que poderiam levar a hospitalizações mais graves. Por ser territorialmente referenciados, os cuidados intermediários incentivam a participação ativa das comunidades em relação à saúde. Isso fortalece a autonomia e a capacidade de resposta da região em termos do cuidado, contribuindo para a melhoria da saúde da população local.

Ao fortalecer o cuidado à saúde nos territórios de vida das pessoas, os Cuidados Intermediários proporcionam uma maior continuidade e coordenação do cuidado. Os trabalhadores de saúde nessas unidades têm a oportunidade de estabelecer um relacionamento mais próximo com os usuários, conhecendo sua história de vida, e suas necessidades específicas. Isso facilita a singularização do cuidado, levando em consideração fatores socioeconômicos, culturais e familiares que podem afetar a saúde e o bem-estar de cada indivíduo. Além disso, os Cuidados Intermediários desempenham um papel crucial no cuidado e no manejo de condições crônicas. Isso contribui para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Uma das principais vantagens de organizar serviços de cuidados intermediários é a capacidade de tratar casos que requerem atenção médica mais intensiva do que a oferecida na atenção primária, mas que não necessitam de internação hospitalar em larga escala. Os Hospitais de Pequeno Porte podem oferecer serviços a usuários que ingressam em dois fluxos de acesso, um da atenção básica, e outro de egressos de internação hospitalar, ainda com baixa autonomia.

Organizar serviços de cuidados intermediários utilizando os Hospitais de Pequeno Porte traz diversos benefícios para o sistema de saúde. Essa abordagem permite uma melhor utilização dos recursos, melhora a acessibilidade aos cuidados de saúde, fortalece a integração entre os diferentes níveis de atenção e contribui para o desenvolvimento profissional da equipe. Ao proporcionar um atendimento mais especializado e próximo às comunidades, essa organização desempenha um papel fundamental na oferta de serviços de saúde eficazes, eficientes e centrados no usuário.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a experiência trágica da pandemia de Covid-19, o tempo pede que sejamos muito ousados na construção de sistemas de proteção à vida. É neste contexto que devemos pensar o SUS, imaginando que é a ele que as pessoas buscam no momento da dor e sofrimento. E a rede de cuidados deve estar apta a acolher e resolver os problemas de saúde que se apresentem.

O desaparecimento do nosso convívio de mais de 7 milhões de pessoas no planeta, mortas em decorrência da doença de Covid-19, é um fato de extrema gravidade, e demonstra que os serviços de saúde no mundo não foram capazes de defender estas vidas. Há forte evidência de que os países que investiram em serviços de referência territorial no enfrentamento à Pandemia, tiveram melhores resultados. Isto se explica facilmente, pois, como as medidas protetivas eram com recursos não farmacológicos, ou seja, dependiam de orientação e potência transferida aos usuários nos territórios, eram os serviços de Atenção Básica que conseguiram fazer isto. Ou seja, vimos que as redes assistenciais de base territorial conviviam com um enorme déficit de investimentos, reconhecimento e tudo o mais que pudessem torná-las uma muralha contra a Covid-19.

Em que pese os grandes esforços globais, e em particular o gigante que se transformou o SUS, e seus trabalhadores no enfrentamento à Pandemia e cuidado às pessoas, temos que admitir que os sistemas de saúde em todo o mundo fracassaram. Os hospitais de campanha são a imagem flagrante do fracasso, porque, se a pessoa internou, é porque a batalha contra a Covid-19 já havia sido perdida no território, que era o lugar do grande enfrentamento à pandemia.

Tudo isto nos fala bem alto que é preciso investir em serviços locais, que têm referência nas comunidades, que estejam próximos do lugar de vida das pessoas. E é justamente nesta direção que este texto discute. Uma proposta para aumentar a potência do cuidado, ampliar seu alcance, mobilizar as comunidades como protagonistas. Aproveitamos a estrutura já existente, dos Hospitais de Pequeno Porte, que podem acolher uma rede de cuidados intermediários.

Esta proposta supõe utilizar recursos já existentes, o que torna o projeto sustentável, de baixo custo no investimento. Combinamos assim eficácia e eficiência, e uma enorme vontade de avançar com o SUS, a rede assistencial, e o cuidado aos milhões de pessoas da Amazônia.

Os cuidados intermediários, na versão amazonense, têm no seu bojo o balanço das árvores assinalando que é um modelo flexível, o avanço calmo e forte das águas que demonstra fluxo para fazer redes, e consistência que as

coloca sempre em posição de avançar. A versão amazonense traz a amorosidade do seu povo, a generosidade da natureza e a grandeza da região.

A implantação de um projeto como este necessariamente será dialógica entre todos que com ele se comprometeram. Haverá no campo de discussões, um duplo processo: as questões relacionadas à organização dos recursos já existentes, estruturas, fluxos, protocolos, como fatores que interferem na sua construção, e a localização até o nível micro e singular do processo de produção do cuidado, em lógicas construídas conjuntamente com as comunidades. Essa circularidade de movimento macro e micropolítico traz o campo da saúde para além das fronteiras disciplinares clássicas, criando a necessidade de novas ferramentas, seja de análise e compreensão transdisciplinares da realidade, seja de intervenção multiprofissional.

A triangulação entre os atores - da universidade, da gestão e da assistência - de desenvolvimento e execução das ações de projeto favorecem a circulação do conhecimento criando fluxos em rede, no nível micropolítico, compartilhando experiências entre diferentes comunidades, serviços, movimentos e grupos sociais, contribuindo com a incorporação do conhecimento nas práticas cotidianas de comunidade e instituições.



## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Franco, T. B. (2020). Sustentabilidade Instituinte do SUS e os Cuidados Intermediários. In: **Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde**. organização Túlio Batista Franco ... [et al.]. -- 1. ed. -- Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Frente Pela Vida. (2023). **Declaração da Marcha pela Vida**. <https://frentepe-lavida.org.br/marcha/> (acesso em maio de 2023)
- Frente Pela Vida. (2023). **Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia**. (acesso em maio de 2023). PEP-COVID-19\_v3\_01\_12\_20.pdf (frente-pelavida.org.br)
- Garasen, H., Widspoll, R., & Johsen, R. (2023). **Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for**

**elderly patients: a randomised controlled trial.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/>.

Pieri, G. (2016). L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza. **Tese [Doutorado em Ciências Médicas Gerais e dos Serviços] Universidade de Bolonha.** Disponível em: <<http://amsdottorato.unibo.it/7368/>>

Souza, F. E. A.; Nunes, E. F. P. A.; Carvalho, B. G.; Mendonça, F.F., & Lazarini, F. M. (2019). Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. **Saúde soc.** 28 (3), Jul-Sep <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181115>.

Tritany, E. F., Franco, T. B., & Mendonça, P. E. X. (2021). **Saúde Debate.** Rio De Janeiro, V. 45, N. 129, P. 481-500.

Ventura, D. (2021). **Boletim n. 10.** Direitos Na Pandemia Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta À Covid-19 No Brasil. São Paulo.

# **Inserção fluvial na Amazônia e o cuidado multidisciplinar às populações ribeirinhas:** *as impressões de residentes em saúde*



**Murilo Santos de Carvalho**  
**Emanuele Pozzebon Caurio**  
**Larissa Rizzi Souza de Oliveira**  
**Maiara Kunzler**  
**Luana Schmitz**  
**Camila Melo Diogo Soler**  
**Guilherme Barbosa Shimocomaqui**



## **INTRODUÇÃO**

Os programas de residência em área profissional da saúde (uniprofissionais e multiprofissionais) das demais profissões em saúde, para além da medicina, foram instituídos pelo Ministério da Saúde a partir da Lei nº11.129, de 30 de junho de 2005 e são considerados uma formação na modalidade de pós-graduação lato sensu, voltada para profissionais da saúde. Possuem como principal característica o ensino em serviço, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006).

As residências multiprofissionais em saúde proporcionam aos residentes habilidades para atuarem na assistência durante os seus dois anos de formação, voltada para uma atenção integral à saúde e gestão do cuidado. Além disso, os programas de residência devem destinar 80% da sua carga horária total para as atividades práticas, ou seja, nos equipamentos públi-

cos de saúde que possibilitam o contato rotineiro com os usuários e outros profissionais que integram a equipe multiprofissional, proporcionando uma vivência extremamente relevante nos dias atuais (Brasil, 2006).

Considerando as legislações do Programa de Residência Multiprofissional bem como as diretrizes e princípios do SUS é que se insere o estágio optativo deste relato de experiência. Este estágio favorece aos residentes experienciar um espaço de prática da sua escolha, permitindo, através desse contato, a vivência de novos saberes que contribuem com a qualificação do aprendizado.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem o cuidado em denominar de Saúde Ribeirinha aquelas ações voltadas especificamente para o contexto amazônico e pantaneiro, entendendo que a “*ruralidade*” nesse espaço é peculiar. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para garantir a atenção em saúde às populações ribeirinhas da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense, conforme previsto na PNAB (Brasil, 2017).

A lógica de trabalho das UBSF é pensada a partir das características do território de abrangência e das especificidades das populações, destacando-se a importância da iniciativa e protagonismo dos atores locais. Estas Unidades promovem um cuidado preventivo e longitudinal, centrado na família e comunidade, e com um conjunto de ações básicas de serviços da rede. Elas possibilitam, de fato, a inclusão das populações que historicamente foram excluídas da atenção à saúde, contribuindo para a superação das iniquidades regionais (Kadri, Santos, Lima, Schweickardt & Martins, 2019).

A UBSF que foi campo de estágio dos residentes no ano de 2023 chama-se UBSF Dr. Augusto Nery e está localizada em Abaetetuba, cidade no interior do Estado do Pará, localizada a aproximadamente 67,9 km da capital, Belém. O município de Abaetetuba possui aproximadamente 152 mil habitantes, sendo que cerca de 40% desta população habita a região das “Ilhas”. Toda essa população depende do transporte fluvial, sujeito às alterações do clima e da maré, para ter acesso aos serviços de saúde, assistência, educação e outros. A UBSF Dr. Augusto Nery foi inaugurada em janeiro de 2018, e tem beneficiado as populações ribeirinhas de 16 comunidades que vivem na região, deslocando-se em dois principais percursos fluviais, que são realizados de forma alternada ao longo do ano.

## JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

A escolha da UBSF como campo de estágio obrigatório justificou-se pelo desejo dos residentes em se aproximar de uma proposta de cuidado diferenciada no âmbito do SUS, visto que acreditavam na potência desse espaço quanto à promoção de saúde, em seu sentido mais ampliado, às populações ribeirinhas. Além disso, também reconheciam que a Saúde Mental e Atenção Básica se entrelaçam com diversas formas de viver e de cuidar em comunidade: elas não se dão apenas na ausência da doença ou dentro de serviços especializados, mas estão nas relações com o outro e consigo mesmo, nas diferentes formas de vida, na pluralidade do existir, nos diversos contextos sociais e na potência que emerge de forma singular em diferentes territórios.

Este relato visa apresentar as ações desenvolvidas pelos residentes juntos com os profissionais de saúde e com a comunidade, contemplando a estrutura da UBSF em questão e seu território de abrangência, bem como os processos de trabalho da equipe e sua articulação com a rede de atenção às populações ribeirinhas. Além disso, essa experiência fomenta trocas entre a Residência, as populações ribeirinhas e os trabalhadores, a fim de somar-se à luta e resistência das populações ribeirinhas e das UBSF.

## O CENÁRIO

Tratou-se de um estágio desenvolvido por meio da inserção, no serviço, de residentes do segundo ano dos programas de Residência, de forma que viessem a acompanhar as rotinas e atividades desenvolvidas em campo de prática, vivenciando uma nova experiência e realizando trocas valiosas que compuseram seus processos formativos.

A vivência se deu em UBSF pertencente ao município de Abaetetuba, localizado no estado do Pará, no período de janeiro de 2023, totalizando 16 dias, em sequência ininterrupta de carga horária desde o dia da partida. Foram realizadas 160 horas, distribuídas de acordo com a carga horária dos trabalhadores das equipes da unidade, de modo que os residentes realizaram 70 horas semanais (10 horas por dia), nos turnos da manhã, da tarde e vespertino. Esse acordo se deu entre os residentes e o preceptor de campo, conforme pactuação entre as necessidades do serviço e do processo formativo dos profissionais residentes.

Viajaram à Abaetetuba cinco profissionais residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS: duas enfermeiras, um fisioterapeuta e duas psicólogas. Esses profissionais

faziam parte dos Programas de Residências com ênfases em Atenção Básica e Saúde Mental de três municípios rio-grandenses de atuação: São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Porto Alegre. O profissional responsável pela Residência no local (preceptor de campo) foi o enfermeiro coordenador da UBSF Dr. Augusto Nery de Abaetetuba.

**Figura 1** - UBSF Dr. Augusto Nery.



**Fonte:** arquivo pessoal, 2023.

A equipe da UBSF durante a viagem programada foi composta por: uma médica; dois enfermeiros, sendo um deles o coordenador da UBS; duas técnicas de enfermagem; uma odontóloga; um auxiliar de saúde bucal; uma cozinheira; uma auxiliar de limpeza; dois vigias noturnos; quatro marinheiros de bordo, incluindo o comandante; bem como, dois profissionais administrativos. Além disso, a UBSF Dr. Augusto Nery de Abaetetuba conta com a atuação de mais de vinte e cinco agentes comunitários de saúde em seu território de abrangência.

A UBSF é uma balsa que possui quatro andares: a parte inferior é composta pela casa das máquinas, onde se encontram os motores e geradores de energia elétrica do barco. Na sequência, está o andar que conta com uma ampla recepção, bem como banheiro para os usuários e corredor para espera. Além disso, o andar conta com 1 consultório odontológico equipado, 1 sala de acolhimento e triagem, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem, sala de vacinas, expurgo, sala de curativos e procedimentos e 1 farmácia. No terceiro piso, fica a cabine do comandante com o leme, bem como estão dispostos banheiros com chuveiros e camarotes, sendo um lado todo feminino e outro masculino. Nesse mesmo andar, existe também uma cozinha e refeitório à disposição da equipe. Por fim, no andar superior, existe uma espécie de terraço com amplo espaço livre, normalmente utilizado para secagem de roupas e onde estão dispostas as caixas d'água, as caixas dos ar-condicionado e demais estruturas necessárias ao bom funcionamento de uma embarcação desse porte. Entre as capacidades da UBSF destacam-se: acomodações (tripulantes e técnicos): até 20 pessoas; usuários e acompanhantes: até 28 pessoas; combustível (óleo diesel): 8.820 litros; água doce: 10.390 litros (2 tanques de 4.195 litros + 2 caixas de 1.000 litros no Tijupá); retenção de efluentes: até 4.120 litros; tratamento de efluentes: até 1.500 litros/dia;



## AS ROTINAS

Quanto às principais atividades que puderam ser desenvolvidas durante o estágio, destacam-se: vivenciar os processos de trabalho das equipes e sua articulação com os demais dispositivos que compõem a rede de atenção às populações ribeirinhas, incluindo o acompanhamento tanto das atividades desenvolvidas na UBSF quanto as desenvolvidas no território de abrangência.

Nesse sentido, foram realizadas as seguintes atividades: visitas domiciliares, acolhimento e escuta das(os) usuárias(os) e suas famílias; acompanhamento das consultas e interconsultas com os profissionais que compõem a equipe; realização de projetos de intervenção em saúde; atividades de sala de espera, rodas de conversa, educação em saúde, atividades laborais, atividades de manutenção da embarcação e das necessidades básicas da equipe etc., promovendo compartilhamento de saberes e experiências; suscitar inventividade e criatividade nas ações em saúde; dar suporte às questões que foram pertinentes no cotidiano de trabalho dos residentes em campo; entre outras.

A UBSF Dr. Augusto Nery funciona, em média, 16 dias por mês, em área delimitada para sua atuação, compreendendo neste tempo tanto o deslocamento fluvial até as comunidades quanto o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação fica ancorada no Porto Municipal da cidade de Abaetetuba, para que as equipes possam realizar atividades de

planejamento e educação permanente junto a outros profissionais das redes de saúde, assistência e educação da cidade. A Unidade realiza dois trajetos de forma alternada, de forma a compreender a maior parte do território das ilhas possível. A equipe de residentes realizou o acompanhamento do trabalho da ESFF no trajeto sul, que fora previsto para o mês de janeiro de 2023.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) expressa o compromisso político do governo federal em garantir o direito e o acesso à saúde pelo SUS. Nesse sentido, a política reafirma o princípio de universalidade, por meio de ações de saúde integral, como a garantia constitucional a tais populações. Trata-se do compromisso com a promoção da equidade em saúde, assegurando uma ação concreta com o objetivo de buscar soluções para os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas. Para melhorar o acesso, às ações devem considerar a diversidade desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social, respeitando o conjunto de suas crenças e seus valores, adequando-se aos modelos e princípios de desenvolvimento sustentável (Brasil, 2013).



## CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

O município de Abaetetuba pertence à mesorregião do nordeste do Pará e à microrregião de Cameté e está situado na confluência do rio Tocantins com o rio Pará, formando a porção leste do estuário amazônico. Grande parte do município é constituído por ilhas fluviais, formando um conjunto de 72 ilhas, entre as quais se destacam as ilhas do Capim (com 944,7 ha), de Sirituba e de Campopema, pelo núcleo urbano e pela zona rural com 34 colônias agrícolas.

Ao todo, somam-se mais de 25 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), residindo em seus respectivos rios no território de abrangência da UBSF. Eles são responsáveis por organizar a distribuição das fichas de atendimento médico (15 por turno), de atendimento odontológico (10 por turno) e de consultas de enfermagem (20 por turno). Organizam também o número e a dinâmica das visitas domiciliares, sempre acompanhando a equipe em sua realização. Além disso, ficam responsáveis pelos encaminhamentos dos usuários a outros serviços das redes de saúde e assistência e pelos agendamentos das requisições de exames solicitados em consulta. Após as viagens, reúnem-se mensalmente para reunião de avaliação e planejamento junto a alguns profissionais da equipe.

As ilhas atualmente abrigam famílias ribeirinhas que vivem do extrativismo do açaí, da pesca e da agricultura. Como esses grupos estão próximos dos centros urbanos e industriais, enfrentam problemas típicos das zonas urbanas, como a criminalidade e a contaminação das águas, esta última devido à poluição urbana e industrial. Esses fatores são agravados pela ausência de infra-

estrutura de saneamento básico, não acesso à rede de distribuição de água e de energia elétrica, ausência de rede de esgoto, além da precariedade na prestação das políticas sociais (IPEA, 2015). Algumas casas, para ter acesso a energia elétrica e internet utilizam de motores geradores de energia.

Uma das atividades econômicas do município é a agricultura familiar, com o cultivo de frutas (açai, bacuri, cupuaçu, manga, coco), cereais (arroz e milho) e leguminosas (feijão comum e feijão guandu) e cultivos que marcam fortemente a agricultura abaetetubense, como mandioca e miriti. O município é considerado o quinto maior polo pesqueiro do Estado, destacando-se na produção de camarão.

Em termos de deslocamento, os ribeirinhos utilizam as rabetas e as rabudas (denominação dos barcos), assim como utilizam das freiteiras para deslocarem-se para a cidade. A freiteira passa em horários específicos e eles acionam seus serviços com o piscar de uma lanterna. As casas localizam-se na beira dos rios, elevadas, devido a mudança nas marés, cercada por açaizeiros e árvores frutíferas, os fundos são tomados pela mata amazônica. As casas e terrenos são passados de geração em geração, havendo poucos novos terrenos de aquisição e construção.

As moradias ribeirinhas, em geral, não apresentam saneamento básico, isto é, o fornecimento de água é bombeado pelo rio, sem haver tratamento dessa água. Os banheiros são em formato de patentes, construídos atrás das casas em madeira, com grande fossa aberta e aterrado após lotação. Dessa forma, a água e a terra podem estar contaminadas pela matéria orgânica humana e de animais. A população que tem melhor renda adquire galões de água mineral para consumo, porém a preparação de alimentos e higiene são realizadas com a água proveniente do rio em torno da edificação. Em alguns locais, existe um processo convencional para tratar a água, a Solução Alternativa de Tratamento de Água com Zeólita (SALTA-z), que funciona por meio de uma estrutura física simplificada, fazendo uso de filtro e dosadores de características artesanais.

As casas ribeirinhas foram construídas ao longo dos rios, às margens a fim de consumir seus bens, como pescados e a própria água, e facilitar a locomoção pela água. Poucas casas se distribuem para a terra, somente aquelas em que os familiares residem próximos e constroem com certa distância, a fim de utilizar do mesmo “terreno”. Essas casas se conectam por meio de tábuas e madeiras suspensas sobre a terra, o que produz vários caminhos íngremes e que necessitam de muito equilíbrio. Equilíbrio este que não falta para quem teve de aprender a buscar seu sustento na natureza.

As casas geralmente possuem quartos amplos com redes para descanso, sala com televisão e redes, cozinha com fogão, algumas com geladeira, mas

devido a precariedade de energia elétrica, poucos a tem, conservando alguns alimentos com o uso de sal e mesa. O banheiro, como explicado anteriormente, é externo. A varanda é ampla e liga a casa com o trapiche para saída e chegada dos meios de locomoção fluviais.

Levando em consideração os Determinantes Sociais em Saúde, os ribeirinhos vivem um constante desafio quando se trata em acesso, enfrentando o constante desafio do rio e das barreiras geográficas, assim como fatores socioeconômicos de considerável impacto. O cotidiano da vida dos ribeirinhos às margens dos rios e sob influência das dinâmicas das águas (cheias e vazantes) impõe restrição multidimensional na forma de viver. A economia encontra-se alicerçada nas atividades de pesca e extrativismo vegetal. A cultura transita fortemente pelos povos indígenas, com hábitos alimentares diferenciados, uso de plantas medicinais e agricultura de subsistência.

A vida se apresenta e gira de forma peculiar, ali o rio maestra as danças do dia a dia de cada um e cada uma que vive das suas margens, de seu sustento, e que depende de suas marés e forças para viver. O envolver do balançar das águas foi inspiração para o trecho que segue, capturado dos diários de campo de uma das residentes:

Ouço canto, música. O louvor de quem expressa sua fé. O 'desbravar' da terra amazônica foi, assim como historicamente no Brasil, marcado por profunda religiosidade. O homem sempre precisou e desejou acreditar em algo além, desejou explicação, para além dos sufocos da vida. Palavras ditas de acalento e força nas adversidades, ainda parecem vãs, em vão. Acredita-se que a realidade pode mudar, que pode melhorar. As condições de vida, sociais, de saúde, políticas, só são em sociedade a partir de um sistema, que tanto aprisiona, mantém a vida precária. O coletivo fortalece. Aqui talvez o coletivo esteja no 'algo religioso', mas ainda assim é força, é desejo, é biopoder. O desejo de militar segue forte, de conhecer também. Há muito o que aprender na ordem, nas crenças, na ancestralidade, no saber popular. Há muito o que se refletir fora da 'bolha'.



## RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA

Durante a viagem, a UBS Fluvial passou por 10 rios e localidades, dentro da sua rota: Costa Maratauíra, Camarãoquara, Tucumandubazinho, Sumaúma/Cuitininga, Panacuera, Furo Gentil, Furo Grande/Santa Terezinha, Bacuri, Furo Grande Médio e Nossa Senhora da Guia, cada um com seu respectivo ACS responsável.

A partir da análise de registro dos dados na triagem, em um documento por escrito, entendeu-se a necessidade de compilar dados dos atendimentos realizados em cada rio, partindo do pressuposto em organizá-los por número de atendimentos, especificidade ao qual a/o usuária/o foi atendida (médica, enfermeira, odontóloga) além dos atendimentos em saúde mental e Fisioterapia. Também foram observados dados do antigo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que segue como instrumento de registro dos indicadores de saúde, são eles: crianças 0-2 anos, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Gestantes. Para além do quantitativo de usuários, seguiu-se seu perfil epistemológico, organizando as faixas etárias a partir de cada localidade de atendimento.

Os dados foram organizados em tabelas, com o comparativo entre cada Rio/ localidade, sendo: número de atendimentos e especialidades, indicadores do PMAQ e faixas etárias (Tabelas 1, 2, 3 e 4).

**Tabela 1.** Número total de atendimentos realizados por Rio/localidade.

RIO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS
MARATAUÍRA	59
CAMARÃOQUARA	35
TUCUMANDUBAZINHO	41
SUMAÚMA/ CUITININGA	DIA 1- 32 DIA 2- 67
PANACUERA	DIA 1- 56 DIA 2- 23
FURO GENTIL	60
FURO GRANDE/ STA TEREZINHA	DIA 1- 38 DIA 2- 50
BACURI	DIA 1- 52 DIA 2- 53
FURO GRANDE MÉDIO	DIA 1- 40 DIA 2- 42
NOSSA SENHORA DA GUIA	DIA 1- 40 DIA 2- 44
TOTAL	732

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

Percebe-se pela análise do número de atendimentos em cada região, que a viagem iniciou com quantitativo importante de atendimentos, com diminuição a depender de cada Rio, principalmente, naqueles em que a UBSF permaneceu apenas um dia. Também se identifica que a presença dos profissionais

residentes na UBSF fez crescer a procura/demanda por espaços de saúde mental e Fisioterapia, por parte do conhecimento dos ACS em repassar essas possibilidades de atendimento para a população ribeirinha, bem como demais profissionais a partir da passagem entre os diversos atendimentos ofertados.

**Tabela 2.** Atendimentos por especialidades em cada Rio.

RIOS	MÉDICO	ODONTO	ENFERMAGEM	FISIOTERAPIA	SAÚDE MENTAL	VDS
MARATAUÍRA	27	16	18	2	2	3
CAMARÃOQUARA	20	16	3	6	0	3
TUCUMANDUBAZINHO	16	13	16	4	1	2
SUMAÚMA / CUITINGA	41	27	46	9	4	2
PANACUERA	35	24	27	10	3	6
FURO GENTIL	25	11	30	1	0	3
FURO GRANDE / STA TEREZINHA	44	31	29	8	2	3
BACURI	41	24	45	13	4	3
FURO GRANDE MÉDIO	37	27	25	4	1	0
N. SENHORA DA GUIA	29	29	29	12	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>218</b>	<b>268</b>	<b>69</b>	<b>19</b>	<b>31</b>

**Fonte:** Elaborada pelos autores

**Legenda:** VDs - visitas e atendimentos domiciliares.

Na tabela 02, conseguimos descrever de forma detalhada as modalidades de atendimento ofertadas na UBSF e como os atendimentos específicos ofertados pelos residentes aumentaram com o decorrer da viagem. Também se identifica uma quantidade importante de Visitas Domiciliares, em que se observa com maior proximidade a vivência ribeirinha, seu contexto familiar, de território e domiciliar, com a possibilidade de investir no trabalho interdisciplinar, diferente do espaço de consultório e fichas individuais na UBSF.

Vale destacar que o total de atendimentos por especialidade é diferente do total de atendimentos por Rio, por razão de usuários muitas vezes serem atendidos por mais de um profissional durante sua passagem pela UBSF.

**Tabela 3.** Indicadores de Saúde.

RIOS	HAS	DM	0-2	GESTANTES	PCCU
MARATAUÍRA	7	4	1	1	2
CAMARÃOQUARA	2	0	2	1	1
TUCUMANDUBAZINHO	4	1	0	1	1
SUMAÚMA/ CUITININGA	6	3	3	1	6
PANACUERA	10	2	4	2	3
FURO GENTIL	3	1	2	2	3
FURO GRANDE/ STA TEREZINHA	6	2	12	7	3
BACURI	6	2	7	1	1
FURO GRANDE MÉDIO	5	0	2	1	2
N. SENHORA DA GUIA	12	5	4	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>26</b>

**Fonte:** Elaborada pelos próprios autores, 2023.

**Legenda:** HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; PCCU: exame preventivo do câncer de colo de útero.

Os dados coletados a partir das planilhas físicas eram, em sua maioria, coletados durante a atuação na triagem. Dessa forma, foi possível identificar que os dados dos indicadores de saúde são escassos e, possivelmente, subnotificados.

Durante conversa com o supervisor e coordenador, este explicou que houve grande coleta de PCCU na última viagem, caracterizada como “*mutirão*”, por isso nessa viagem a realização de preventivos foi inferior.

**Tabela 4.** Faixas etárias assistidas em cada Rio.

RIOS	0-2	3-5	6-11	12-18	18+-59	60+
MARATAUÍRA	1	2	9	11	30	2
CAMARÃOQUARA	4	0	5	1	23	1
TUCUMANDUBAZINHO	0	3	9	9	18	2
SUMAÚMA/ CUITININGA	5	10	11	15	51	2
PANACUERA	9	2	6	12	44	5
FURO GENTIL	3	3	5	7	30	7
FURO GRANDE/ STA TEREZINHA	12	7	10	10	39	9
BACURI	9	11	16	17	38	7
FURO GRANDE MÉDIO	5	3	10	12	38	14
N. SENHORA DA GUIA	6	4	8	7	44	11
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>45</b>	<b>89</b>	<b>101</b>	<b>355</b>	<b>60</b>

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

Entende-se como importante a especificação da faixa etária dos usuários atendidos, a fim de visualizar qual a população que mais busca por atendimento, sendo aqui observado que em sua maioria foram adultos, com segundo lugar marcado pelos pré-adolescentes e adolescentes, que geralmente vinham acompanhados pelos familiares.

Chama a atenção dos residentes, nesse quesito, o costume da presença das famílias em sua integralidade para os acompanhamentos em saúde. Dado não quantificado neste relatório, mas que também merece destaque foi a procura de atendimentos por usuários do gênero masculino ao longo de toda a viagem.



## A SAÚDE MENTAL RIBEIRINHA

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Abaetetuba é composta por um CAPS ad (álcool e drogas) e um CAPS II, em cuja infraestrutura funciona também o CAPSij do município e o projeto “Brincando de Miriti” - equivalente à média complexidade para saúde mental infantojuvenil e sobre o qual se fala em tópico específico subsequente. Durante a estadia dos residentes na UBSF para a realização do estágio curricular, as duas psicólogas tiveram oportunidade de, em visita ao município, conhecer o CAPS II e o CAPSij, localizados na mesma edificação, um antigo seminário com amplo jardim, quadra de esportes e numerosas salas, em uma região central da cidade.

Nessa ocasião, as equipes dos CAPS II e CAPS ij, que trabalham de forma adjacente, se encontravam em semana de planejamento para o ano de 2023, de forma que os atendimentos e grupos dos serviços estavam suspensos e não foi possível observá-los. No entanto, a dupla pode conhecer as dependências dos CAPS, bem como os trabalhadores. As equipes são compostas por 3 psicólogos - sendo um deles coordenador dos serviços; um psicopedagogo; 3 médicos clínicos gerais com especialização em saúde mental; um psiquiatra, com regime de horas reduzido e que frequenta o serviço duas vezes ao mês; dois educadores físicos; 2 enfermeiros; além dos profissionais responsáveis pela área administrativa, pela cozinha e pela higienização. Os serviços contam também com uma pequena farmácia no próprio local, visando a dispensação de medicamentos para os usuários.

Segundo relato da equipe, usuários em crise costumam ser encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município, onde podem permanecer por poucos dias ou serem encaminhados para cidades próximas (em geral, Barcarena ou Belém), devido Abaetetuba não contar com leitos psiquiátricos em sua rede. Na visita aos CAPS, chamou atenção também o relato referente à inexistência de reuniões de equipe regulares - prática bastante comum nos municípios de atuação das residentes na grande Porto

Alegre -, bem como a ausência de um espaço de convivência no serviço para os usuários, familiares e profissionais, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

É importante destacar que, durante o período do estágio curricular, evidenciou-se para os residentes certo desconhecimento da equipe da UBSF acerca da rede de atenção psicossocial e da rede de assistência do município, quando se fizeram necessários encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) para o nível da média e da alta complexidade na saúde mental, ou a tessitura de redes intersetoriais entre a saúde e a assistência, por exemplo. Isso pode indicar a permanência de uma lógica biomédica que acaba por voltar o trabalho da equipe e a promoção em saúde para os agravos da saúde física, fazendo com que a equipe deixe de observar, perceber e incidir sobre os agravos psicossociais, que se observou serem igualmente prevalentes na população ribeirinha.

Algumas dúvidas da equipe de residentes foram esclarecidas a partir da visita das duas psicólogas ao CAPS, onde as equipes concederam informações mais efetivas acerca dos serviços e dos fluxos da RAPS, bem como da rede de Assistência Social, trazendo, por exemplo, notícia da existência de dois Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e até mesmo de um Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher (CREAM).

Apesar da permanência relativamente breve da equipe de residentes junto à população ribeirinha, foi possível observar e atuar de forma resolutiva em relação a uma gama bastante variada de agravos relacionados à saúde mental, bem como desenvolver uma compreensão bastante ampla a respeito do modo de vida ribeirinho e dos processos de saúde e de adoecimento implicados nele. Dentre os atendimentos realizados todos os dias da viagem, muitas vezes em trabalho multiprofissional, destacaram-se quadros de: depressão; ansiedade; ideação suicida; enlutamento por morte ou suicídio de familiares; transtornos e dificuldades de aprendizagem, tanto em crianças quanto em adultos; Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), que aqui aparece com as nuances do modo de vida ribeirinho, sendo, por vezes, o evento estressor algum acidente com as embarcações ou um assalto por “piratas”, por exemplo; crises e quadros psicóticos, a partir dos quais foi possível prestar cuidados tanto aos usuários quanto a suas famílias; questões relativas a dinâmicas familiares disfuncionais; e desgaste físico e mental de usuários que cuidam de familiares “redados” (acamados) - atendimentos, em geral, prestados em parceria entre as residentes de Saúde Mental e o colega fisioterapeuta.

Destacam-se também agravos psicossociais relacionados à cultura local. Por exemplo, foi possível observar que o sofrimento nas relações maritais

muitas vezes estava relacionado aos componentes patriarcais e religiosos que permanecem se reproduzindo na forma de vida ribeirinha. Estes também se relacionam a angústias quanto ao cumprimento de expectativas de gênero, tanto por parte dos homens quanto das mulheres. Além disso, testemunhou-se relatos de mulheres acerca de relações abusivas especialmente na vida conjugal, às quais foi prestado acolhimento e aconselhamento, sendo realizado o devido encaminhamento à rede de assistência, bem como notificação junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A pandemia também deixou fortes marcas na população ribeirinha, onde o luto ainda é muito presente, principalmente em situações em que houve múltiplos óbitos em um mesmo núcleo familiar.

Pode-se mencionar o Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente “*Brincando de Miriti*”, um projeto do governo municipal que visa atender crianças e adolescentes que manifestam sofrimento psíquico leve em aspectos emocionais, comportamentais e sociais. O projeto foi implantado com apoio do Programa Amigo de Valor e funcionava, desde sua inauguração em setembro de 2022, nas dependências do CAPS II. A sede do projeto foi inaugurada exatamente no dia seguinte à visita das residentes ao prédio do CAPS, de forma que o Centro atualmente conta com espaço próprio, custeado com recursos municipais, para fortalecer a rede de atenção psicossocial do município.

Existe uma campanha de atuação intersetorial que envolve a Prefeitura Municipal de Abaetetuba (PMA) e as secretarias municipais, a Caravana da Cidade, que proporciona que a gestão municipal se aproxime e cuide das comunidades mais afastadas do centro urbano. A Caravana leva até os territórios um conjunto de atividades como cursos, atendimentos, palestras, emissão de documentos, orientações jurídicas, atividades de incentivo ao desenvolvimento de atividades produtivas, ações de educação ambiental e atividades culturais, além do tradicional casamento comunitário.

Além destas, estão acontecendo grandes iniciativas como os projetos “*LibraSUS*” e o “*SUSTentabilidade*”, ações promovidas pela prefeitura municipal.



## A SAÚDE FÍSICA RIBEIRINHA

Em uma das oportunidades de ida à cidade, os residentes puderam conhecer a equipe de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Melhor em Casa de Abaetetuba. Essa equipe é composta por médico, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, desde 2020. Atualmente, possui cerca de 40 usuários cadastrados e atende apenas a região urbana.

Há projetos para habilitar uma segunda equipe para as regiões das estradas (interior) e ilhas. A fisioterapeuta do SAD é a única profissional pública contratada atuante de todo o município.

Durante interconsultas realizadas na UBSF, foi possível notar que é comum o encaminhamento de usuários ribeirinhos à atendimentos de Fisioterapia ambulatória. Estes acontecem, inclusive, na capital Belém. É nítido que o deslocamento e a falta de acesso são eminentes, principalmente a um serviço que normalmente necessita de uma porção mais robusta de acompanhamentos. Outro fator importante de se destacar é que muitos desses encaminhamentos são desnecessários e poderiam ser solucionados através da educação em saúde. Vale destacar que seria de suma relevância a presença de um profissional fisioterapeuta de forma integral, uma vez grande demanda, ou pelo menos de forma itinerante para atendimentos de domiciliados e “redados”. Destaca-se, ainda, a necessidade de uma prevenção quaternária, visando reduzir excesso de rastreamento, de solicitação de exames complementares e de medicalização de fatores de risco.

Felizmente, a população ribeirinha possui, ligado às suas culturas e tradições, diversos conhecimentos populares que devem ser valorizados. Muitas vezes, são esses conhecimentos que permitem que puxadores, parteiras, benzedeiros e curandeiros prestem assistência à população local. Os(as) puxadores(as) foram uma grande surpresa para os residentes, que sempre que tiveram a oportunidade, aproveitaram para realizar a troca de experiências. São moradores que acreditam ter recebido algum dom ou missão divina para ajudar as pessoas através da cura pelo toque ou com a citação de palavras. Muito famosos entre os ribeirinhos, acabam se tornando cuidadores de referência que, na maioria das vezes, prestam esse cuidado de forma voluntária. Motivo de orgulho para tais ações, chama atenção e encanta o amor pelo que fazem. Tradições e conhecimentos que passam de gerações e são embasados pela fé. Além disso, são utilizadas diversas técnicas manuais, bem como o uso de cremes e chás oriundos de plantas locais e manipulados pelos próprios puxadores.

O cuidado com a saúde envolve os conhecimentos de saúde da população. O uso de plantas e ervas são reconhecidas de forma milenar, não sendo diferente na região, como com as plantas locais. Uma das plantas mais utilizadas é a andiroba, de nome científico *Carapa guianensis*, que é usada há muitos anos pelos indígenas que produzem o óleo de andiroba. Os estudos relacionam as propriedades medicinais de *C. guianensis* a presença de limonóides, que são tetranortriterpenóides, propriedades anti-inflamatórias e antialérgicas, por inibirem a formação de edema em diferentes modelos experimentais em roedores, através do comprometimento das vias de sinalização desencadeadas pela histamina, bradicinina e fator ativador de plaquetas (Henriques & Penido, 2014).

As queixas e encaminhamentos de Fisioterapia foram vastas: uma vez que o fisioterapeuta possui uma formação generalista surgiram demandas de assistência à saúde da mulher, geriatria e gerontologia, neurologia, condições reumáticas, respiratórias, oncológicas etc. Vale destacar, no entanto, a parceria com a equipe de saúde bucal para com intervenções e interconsultas relacionadas à articulação temporomandibular e musculaturas da face, bem como com a equipe de enfermagem e médica com atendimentos de puericultura e pré-natal, por exemplo.

O pilar de todos os atendimentos de Fisioterapia, com certeza, foi a educação em saúde, a fim de prevenir novos agravos e promover a saúde, associado à prática de cinesioterapia, termoterapia e terapias manuais. Como condições mais comuns, podemos citar as relacionadas ao sistema músculo esquelético, principalmente por lesões de repetição devido a atividades produtivas e laborais, como subir em árvores e manusear motores de barcos (rabudos). As incontinências urinárias e fecais também foram muito comuns, mas o que mais preocupou o profissional de Fisioterapia foi a prevalência de condições respiratórias alérgicas e de dores relacionadas às disfunções na coluna vertebral. Associação de evidência ou não, surpreendeu a quantidade de usuários que possuem como hábito rotineiro a de descansar e dormir em redes. Na prática clínica, surgiram diversas alterações posturais, inclusive de casos de escolioses em todas as faixas etárias.

Fator que chama a atenção dos residentes é a boa condição física e funcional dos idosos que acessam os serviços da UBSF. Independentes e autônomos, ainda são ativos financeiramente, atuando com a pesca e as colheitas. Em sua grande maioria, apresentam ótimo equilíbrio, bem como força muscular e cognitivo preservados, não apresentando histórico de quedas.

Infelizmente, em várias falas dos usuários, a patologia aparece como limitadora funcional, mesmo em situações que não se justificariam o repouso físico, fator que influencia em um vasto contexto social. Contexto em que a ausência de conhecimento sobre direitos de acesso à benefícios sociais ainda é gigante.

As visitas domiciliares são consideradas uma das atividades mais ricas de conhecimento para a Estratégia de Saúde da Família, é através dela que adentramos no mundo daquele ser humano que está sob os cuidados, onde nos aproximamos de maior forma a sua vida cotidiana, cultura e assim por si sua saúde. Na oportunidade, também era ofertada a aplicação de vacinas, principalmente contra a SARS-CoV-2, além da realização de troca de curativos e dispensação de medicamentos. Da mesma forma, orientações de cuidado ao cuidador também puderam ser realizadas pela equipe durante todas as visitas e atendimentos domiciliares.

Outra população que pôde ser assistida pelos profissionais residentes foram os próprios colegas da balsa, os trabalhadores e trabalhadoras da ESFF. Trata-se de uma rotina intensa de trabalho, sem descanso aos finais de semanas, que com certeza foi evidenciando as sobrecargas ao longo do cronograma de viagem.

**Figura 2** – Atendimento domiciliar à população ribeirinha.



**Fonte:** arquivo pessoal, 2023.

Visando reduzir queixas álgicas, melhorar o condicionamento cardiorrespiratório dos profissionais e prevenir agravos, oportunizou-se momentos de atividades coletivas de práticas de alongamentos e atividades físicas ao final dos turnos de trabalho. Da mesma forma, alguns profissionais tiveram acesso a atendimentos individuais de Fisioterapia, de escuta de saúde mental ou então de aconselhamentos em saúde. A Auriculoterapia, técnica milenar da Medicina Tradicional Chinesa, também entrou como uma ferramenta potente de cuidado dos residentes para com a equipe.

A triagem e o acolhimento eram desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem, assim como a maioria dos curativos, administração de medicamentos e a sala de vacina. Enquanto o enfermeiro coordenava o cuidado e realizava as consultas de enfermagem, em sua maioria de demanda espontânea, pré-natal, puericultura e preventivo. A sala de vacinas mantinha-se um cuidado especial conforme a rotina do barco, que precisava desligar o motor, o que acarretava o desligamento do ar-condicionado. Como é uma região de altas temperaturas, este desligamento era feito durante a madrugada para impactar menos nas condições de temperatura e durante o dia mantém-se os cômodos do barco a 17°C para o melhor armazenamento. Sabida a importância da temperatura em uma sala de vacinas e, na ESFF, este cuidado era redobrado devido às especificidades.

Devido ao contexto citado anteriormente, dos determinantes sociais de saúde e a falta de saneamento básico, surgem com certa frequência as doenças parasitárias, diferenciadas pelo agente etiológico apresentado nas fezes para o tratamento quando da realização dos exames ou então tratados de forma geral a partir da clínica atual.

Entamoeba é um protozoário que referencia as amebas. Várias amebas (*Entamoeba histolytica*, *E. coli*, *E. hatmanni*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba butschlii* e *Dientamoeba fragilis*) podem colonizar o ceco e o colón humano, no entanto apenas *E. histolytica* é patogênica para o Homem.

Para o seu controle na cadeia alimentar é necessário garantir práticas de higiene rigorosas na manipulação de alimentos, minimizar a disseminação de cistos ao nível da produção primária e no tratamento dos resíduos humanos. É ainda importante evitar o consumo de água não tratada e de alimentos crus potencialmente contaminados em zonas endêmicas. Em água, os cistos são destruídos pela adição de cloro ou de iodo.

A *Iodamoeba* é uma ameba pequena, tanto o cisto como o trofozoíto, comum, mas não é patogênica. É uma ameba comensal do intestino grosso do homem. É encontrada em várias espécies de primatas e no porco, mas parece que as formas desses animais não infectam o homem e vice-versa, a transmissão ocorre por meio da ingestão dos cistos pela água ou alimentos contaminados por matéria fecal humana (Neves, 2011).

A *Entamoeba histolytica* é o protozoário responsável pela amebíase que causa uma doença grave no Homem. Este parasita é endêmico em zonas com climas quentes em que as condições de saneamento e de higiene pessoal são precárias. É considerada a principal causa de morte por infecção parasitária.

A *Giardia lamblia*, também chamada de *Giardia intestinalis* ou *Giardia duodenalis*, é um protozoário que pode parasitar os intestinos dos seres humanos e causar diarreia e dor abdominal e sua transmissão se dá pelo contato com fezes de pessoas contaminadas.

O açaí faz parte da base alimentar dos habitantes do Pará, onde desde crianças até idosos consomem a fruta diariamente. O trabalho e renda giram em torno do açaí, a produção e trituração do fruto estão suscetíveis a contaminação com o protozoário *Trypanosoma cruzi*, o barbeiro, a forma mais frequente na região de adquirir a doença, que causa os sintomas agudos como febre e inchaço. A partir da suspeita do contato, realiza-se a ficha de notificação como demonstrada na figura a seguir.

Após a confirmação do contágio, necessita-se fazer o acompanhamento de saúde, pois pode levar a fase crônica da doença com problemas cardíacos, insuficiência cardíaca, problemas digestivos, megacólon e megaesôfago que, em estado mais avançado, levam o paciente à morte (Brasil, 2018).

Os barcos são o principal meio de transporte dos ribeirinhos da Amazônia. Este meio tem suas especificidades e pode causar acidentes conhecidos como escarpelamento, que mutila e mata mulheres, homens e crianças. Ocorre quando os cabelos de passageiros e ou tripulantes se enrolam no eixo do motor dos barcos. A forte rotação do motor pode arrancar o couro cabeludo provocando graves lesões e até mesmo a morte. Para aqueles que sobrevivem, as sequelas são para a vida toda. Isso ocorre porque a maior parte das embarcações é construída de forma artesanal, oferecendo pouca segurança aos passageiros. Para dar equilíbrio, o motor fica no centro e o eixo que gira a hélice fica totalmente descoberto, sem proteção. Os passageiros ficam bem perto do eixo que gira rapidamente e, ao menor descuido, os cabelos podem enrolar-se e serem brutalmente arrancados. Dito isso, é comum campanhas locais de conscientização e educação em saúde para manter os cabelos presos e protegidos. A melhor prevenção é a proteção do motor, a fim de evitar-se o risco.

Do termo *ribeirinhos* já percebemos a importância do rio para a população, onde realizam o meio de transporte, alimentam-se, banham-se e tiram seu sustento. Assim tem-se também os perigos que esse oferece no dia a dia. A temida raia, que percorre o fundo do rio e pode causar dolorosas ferroadas e cujo ferimento é muito comum, com conseqüentes complicações se não houver drenagem local do veneno inoculado. Os sintomas são dor imediata e intensa, com eritema e edema. Na maioria dos casos, a dor diminui de maneira gradual em 6 a 48 horas, mas pode ocasionalmente durar dias ou semanas a sensação de dormência no local. São comuns síncope, fraqueza, náuseas e ansiedade, podendo em parte ser decorren-

tes da vasodilatação periférica. São relatados casos de linfangite, vômitos, diarreia, sudorese, câibras generalizadas, dor inguinal ou axilar e dificuldade respiratória. Pode ainda cursar com sequelas de parestesias no membro afetado, deformidades e cicatrizes.

Outra intercorrência comum e presenciada é o engasgo devido a espinha de peixe, que gera incômodo na garganta. Os tecidos da garganta podem acabar inflamando ou lesionando. O problema é que um edema nessa região, dependendo da intensidade, pode dificultar a respiração e causar asfixia. Em uma das situações, não foi possível a remoção da espinha no local, sendo necessário encaminhamento para o atendimento de urgência no meio urbano, cujo transporte foi realizado com a lancha da UBSF.

Já os atendimentos médicos realizados na UBS Fluvial funcionam sob demanda, com consultas agendadas por ACS em quantidade de 15 pacientes por turno, além de eventuais urgências, em todos os dias da viagem. A equipe era composta por uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário do Pará que trabalha neste serviço há 18 meses.

É importante ressaltar que durante as viagens, a Unidade também funciona como porta para atendimentos de emergência, visto que acaba sendo o ponto de apoio mais próximo disponível aos pacientes, a qualquer hora do dia ou noite. Nas urgências, como a UBS não dispõe de eletrocardiograma, laboratório, exames de imagem e determinadas medicações, os atendimentos são resolutivos apenas aos casos de baixa complexidade. Quando o caso exige maior infraestrutura, é disponibilizada a lancha de apoio da UBS para transporte dos pacientes até a cidade.

As urgências mais atendidas na UBS são: urgências hipertensivas, gastroenterite aguda, arboviroses, síndromes gripais, traumas, suturas, queimaduras, crises algicas musculoesqueléticas e picaduras de animais peçonhentos. Pela difícil realidade dos pacientes, que enfrentam a vulnerabilidade das dificuldades financeiras, de deslocamento e de dependência das marés, a equipe da UBSF tenta ser o máximo resolutiva para evitar o abandono do tratamento necessário.

Nos atendimentos eletivos de rotina, as queixas mais frequentes são de astenia, prostração, distúrbios gastrintestinais, prurido cutâneo, síndromes gripais, lesões de pele e queixas relativas ao trabalho extrativista. Quanto às doenças mais prevalentes diagnosticadas, tem-se HAS, anemias, parasitoses e DM. Realizam-se também consultas de pré-natal, puericultura, visitas domiciliares aos acamados e impossibilitados de comparecer à UBSF para atendimento. As visitas médicas se dão em dias alternados, com um turno reservado a cada rio atendido.

A Organização Mundial de Saúde determina que o conceito de saúde vai muito além da ausência da doença. Configura-se como bem-estar de forma geral, o que perpassa por acesso a serviços e qualidade de vida. Saúde se faz através da educação, saneamento básico, vida ativa, condições financeiras, boa alimentação, condições dignas de moradia e viver (Brasil, 2012). Portanto, a população ribeirinha pode ser considerada em situação de vulnerabilidade ou vulnerabilizados, pela dificuldade no acesso às políticas públicas. Os determinantes sociais como renda, educação, saneamento básico, nutrição, trabalho, moradia e transporte colocam essas populações em situações de risco, necessitando de políticas públicas equitativas para produzir a igualdade nas condições de vida e saúde.

Na comunidade do presente estudo, pode-se observar relação intrínseca entre o modo de vida e as doenças mais prevalentes, muitas vezes com agravos evitáveis. A exemplo, tem-se as parasitoses intestinais, de alta incidência e de reinfecção frequente, muitas vezes com resolução do caso e nova infecção no período interconsultas (2 meses), por motivos já citados de saneamento básico e parca educação em saúde do povo.

Outro exemplo de determinante em saúde é a alimentação, que nesta comunidade é de variedade restrita de baixo valor nutricional. O consumo de frutas, legumes, leites e derivados é limitado. A alimentação dos pacientes do estudo é composta essencialmente por café, biscoito, mingau de arroz (de base açaí), farinha de mandioca, açaí, arroz, feijão, frango ou peixe. Além disso, observa-se alto consumo de alimentos embutidos, processados, enlatados e carnes dessalgadas.

Observa-se ao longo dos meses de atendimento, em anamnese nutricional, que existe alto consumo de derivados da mandioca, em especial a farinha, base da alimentação local, ingerida durante as refeições, preparada como mingau (caribé), consumida com frutas e até sucos. É importante ressaltar que devido ao grande poder de saciedade deste alimento, ele se torna um grande aliado dos pacientes, em especial dos mais carentes, para suprir a falta de outros alimentos, segundo relatos dos próprios usuários.

A farinha de mandioca, também chamada de farinha d'água ou farinha de Bragança é preparada pelos próprios moradores a partir da plantação de mandioca, fermentação e torra da raiz ou adquirida no comércio local. Quando pronta para consumo, é composta essencialmente de fibras e amido, com alto valor energético, porém quase desprovida de proteínas e vitaminas, constituindo-se como um alimento pobre em valor nutricional (Neves, Nascimento, Ferreira, Neves, Fukushima, Leoni & Clerici, 2020; Oliveira, Souza, Matos & Alvares, 2021).

Portanto, pode-se inferir que o alto consumo de farinha constitui-se como um dos determinantes nutricionais para os agravos do DM, obesidade, e que pode contribuir para as tão prevalentes anemias ferroprivas, visto que a farinha muitas vezes substitui outros alimentos de maior valor nutricional ausentes na dieta.

As anemias são muito prevalentes entre a população estudada, em especial a anemia do tipo ferropriva, caracterizada pela deficiência de ferro, em especial por fatores nutricionais. Apresenta-se com sinais de palidez cutânea e de mucosas, quedas de cabelo, rarefação de fâneros, sintomas de astenia, dispnéia aos esforços e anorexia, queixas locais muito comuns. Ao diagnóstico, tem-se anemia microcítica e hipocrômica com baixas reservas de ferro no organismo. O tratamento se dá essencialmente por suplementação de sulfato ferroso, vitamina C e orientação dietética (Lemos, Liberali, Coutinho & Assumpção, 2012).

É importante destacar a relação entre anemia e parasitoses intestinais, associação de altíssima prevalência entre os usuários do presente estudo, de acordo com as observações da médica assistente. É muito comum a infestação por determinados tipos de parasitas que promovem má absorção dos nutrientes no intestino, como *Ascaris lumbricoides*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, entre outros, somando-se aos fatores nutricionais como mais um agravo às anemias (Paula, Anjos, Tavares, Silva, Silva & Mulher, 2020).

Outro desafio comum nos atendimentos da referida Unidade é quanto ao acompanhamento e prescrição dos pacientes diabéticos em insulino terapia. Sabe-se que as insulinas Regular e NPH (de mais comum dispensação pelo SUS) devem ser armazenadas em ambiente refrigerado entre +20°C e +80°C, o que se torna impossível na realidade local, onde raros usuários possuem geladeira em casa e a temperatura ambiente ultrapassa os 300°C durante o dia. Portanto, o tratamento do diabetes na região é conduzido ao máximo com antidiabéticos orais, mudança do estilo de vida e dieta (Prefeitura de Joinville, 2022).

Na ausência da geladeira, muitas vezes o salgamento dos alimentos se torna uma opção para seu armazenamento, com consumo de carnes dessalgadas como peixes, jacaré, carnes de caça, além do consumo de processados e embutidos com alto teor de sódio. Sabendo-se da íntima relação entre o agravo da hipertensão e consumo de sódio maior que 2g ao dia, infere-se mais um determinante nutricional para a HAS (Barroso, 2021).

Nos atendimentos de pré-natal, nota-se alta prevalência de gravidez na adolescência, muitas vezes de forma planejada. Com início da vida sexual precoce e casamento infantil muito comuns da região, aliados ao modo de vida de extrativista, bem como a presença de trabalho infantil, existe um desejo entre os casais de construção de uma família produtiva e autossustentada, segundo as observações da médica assistente. Já foram atendidos casos

de paciente aos 15 anos planejando segunda gravidez e, um caso atendido no consultório de gravidez de criança de 12 anos.

Ainda sobre atenção à saúde da gestante, observa-se algumas práticas populares que comuns na região e que a equipe pode colaborar com orientações para tornar o parto seguro. Um hábito regional comum é o de “puxar barriga”, realizado por parteiras locais e puxadeiras, consiste na tentativa de “virar” o feto na barriga para posição cefálica, bem como a tentativa de empurrar o bebê no momento do parto vaginal. Denominadas pela biomedicina como manobras de Versão Cefálica Externa e manobra de Kristeller, respectivamente (Clode, Afonso, Fonseca, Pinto & Tavaresm, 2021).

A manobra de versão cefálica externa é contraindicada em diversas ocasiões e jamais deve ser realizada fora do ambiente hospitalar, devido ao risco de rotura uterina e vasa prévia, com alto risco de mortalidade para mãe e feto. Já a manobra de Kristeller é atualmente proscribida pela OMS, até mesmo se realizada por médicos e enfermeiros, configurando violência obstétrica se realizada.

Outro problema comum da região é a automedicação e acesso facilitado a medicamentos de prescrição médica. É comum a presença de tabernas ribeirinhas com vendas de insumos alimentares e medicamentos, incluindo antibióticos, corticoides, analgésicos, anti-inflamatórios, entre outros. Comumente, nas consultas, os pacientes referem já ter iniciado algum medicamento por conta própria antes da avaliação médica, muitas vezes de forma aleatória.

A médica relata casos de uso de antibióticos para quadros exclusivamente algícos, corticoides para ganho de peso, corticoides para quadro de escabiose, inclusive com um caso de paciente apresentando síndrome de Cushing exógena e que foi a óbito após uso de corticoide diário por 3 anos consecutivos, por conta própria.

A automedicação constitui-se um grande problema local, que tem exigido grande esforço da equipe para orientação da população quanto aos riscos envolvidos na prática. A médica coloca-se a disposição dos agentes de saúde até para aconselhamento via mensagens, fora das viagens, para evitar o uso indiscriminado das medicações pelos usuários. A profissional refere ainda que percebe uma melhora gradativa da prática na população atendida ao longo do tempo de serviço na unidade e atribui a melhora aos esforços da equipe a cada viagem.

É importante abordar a forma como a epidemia de Covid-19 afetou os povos ribeirinhos desta experiência. Segundo a médica assistente, que presta serviços na unidade desde 2021, o vírus atingiu a comunidade de forma similar ao restante da população, com grande número de infectados e de óbitos.

Não foi realizado nenhum estudo estatístico na região sobre o tema, porém, pelas observações clínicas e de relatos de pacientes, ocorreram muitas perdas e sequelas físicas e emocionais aos usuários.

Ainda em 2021, diversos casos suspeitos foram atendidos na UBSF com alguns encaminhamentos ao serviço de urgência na cidade devido aos agravos. Em 2022 o número dos atendimentos suspeitos caiu drasticamente, bem como os casos positivados por testes rápidos disponibilizados na unidade. Em mais de 90% dos atendimentos na infecção por COVID, apenas medidas sintomáticas e orientações foram realizadas, com resolução dos casos.

Alguns pacientes usuários da UBS Fluvial chegaram a ser internados no hospital de campanha de referência do estado, na capital Belém. Diversos óbitos são relatados por familiares e, ainda atualmente, muitos pacientes referem sintomas atuais como sequelas da infecção por COVID, principalmente: tosse, memória prejudicada, arritmias e parosmias.

O Programa Nacional de Imunização determina que povos isolados como ribeirinhos, indígenas, quilombolas configuram-se como grupos de risco de desenvolvimento de quadros graves da Covid-19 pela vulnerabilidade em saúde que apresentam, portanto com prioridade na fila da vacinação, desde os primeiros lotes. A UBS Fluvial vem fazendo a vacinação dos ribeirinhos nos rios atendidos via busca ativa vacinal com auxílio dos ACS (Brasil, 2022).

A vacinação vem sendo realizada na região com boa aderência por maior parte da população, o que foi determinante para a diminuição e menor agravamento dos casos. Porém, ainda existem pacientes que não acreditam na doença, nem na eficácia da vacina e se negam a realizar a imunização, apesar dos esforços da equipe. Inclusive, a médica relata já ter atendido idosos que nunca realizaram nenhuma vacina na vida e não autorizam a vacinação de filhos.

É fundamental entender que saúde em povos ribeirinhos se dá com muitas diferenças à saúde da população em geral. Trata-se de populações em situações de vulnerabilidade, isolados e historicamente negligenciadas, a exemplo dos povos indígenas e quilombolas, que estão ameaçados por atividades de garimpo e extrativismo na região amazônica.

O acesso à saúde (com todos os seus determinantes) dos ribeirinhos se dá ao seu tempo, como tudo em suas vidas. Sofre influência da maré, das plantas, dos animais, do tempo e das embarcações. Para se estudar a saúde ribeirinha, não existem comparações cabíveis entre saúde destes e de outros povos. Nesta análise, é imperativo avaliar na linha do tempo as evoluções e retrocessos, as políticas assistenciais e seus alcances.

Há 10 anos, o povo ribeirinho deste relato não tinha acesso à energia elétrica, as escolas ribeirinhas atingiam no máximo o ensino fundamental, não havia UBS nas áreas ribeirinhas, nem UBS Fluvial, todo atendimento médico e de enfermagem era feito exclusivamente na cidade. Raros eram os pré-natais realizados. A médica refere já ter atendido uma mulher idosa com 15 filhos, sendo 4 mortos antes de atingir 1 ano de idade, refletindo alta mortalidade infantil há algum tempo. O sistema de tratamento de água Salta Z não existia e o saneamento básico era ainda mais precário.

Atualmente, em 18 meses neste serviço, a médica não experienciou nenhuma morte materna ou infantil nas comunidades atendidas. As gestantes cumprem em geral pelo menos 4 consultas médicas no pré-natal e a população já conhece os riscos da automedicação, tem acesso à educação, água tratada, energia elétrica ainda precária, e tomam cuidados antes desconhecidos.

Portanto, o salto no desenvolvimento da saúde nos povos ribeirinhos nos últimos anos aconteceu através da educação, orientação, higiene, saneamento, tratamento da água, conscientização, imunização, atenção e cuidado, muito mais do que em apenas consultas, exames e medicações. É um trabalho lento, composto por muitos agentes e políticas de atenção, mas muito eficaz e gratificante.

Viagens de ida à cidade aconteciam de forma excepcional, com a lancha da UBSF, para como em algumas situações citadas acima: visita à equipe do SAD e à RAPS de Abaetetuba, por exemplo. Além destas, os residentes foram convidados a conhecer outros setores da Secretaria Municipal de Saúde, bem como o próprio secretário de Saúde. Da mesma forma, fomos recepcionados em uma reunião para apresentação à prefeita municipal, Francineti Carvalho, psicóloga de formação e defensora do SUS e das causas sociais e à coordenadora de Saúde Mental, Rachel de Siqueira. Um debate riquíssimo sobre o contexto social e político do município e de valorização do cuidado à saúde ribeirinha.

Em outro momento, oportunizou-se educação permanente em que os residentes foram convidados a conversar com ACS do Programa Saúde com Agente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde sobre o trabalho multi e interdisciplinar em saúde. O Programa é uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o CONASEMS.

Por fim, vale destacar que toda viagem de ida e volta da cidade era uma oportunidade de busca de suprimentos, medicamentos e inclusive de gasolina. Uma logística de bastidores que poucos de fato possuem conhecimento.

## AVANÇOS, APRENDIZADOS E DESAFIOS

O medo do assalto de piratas durante a madrugada, o risco de intoxicação alimentar ou não adaptação, bem como os riscos envolvidos nas mudanças de marés, foram alguns dos desafios enfrentados na UBSF pelos residentes. O receio de ser atacado pelo minúsculo peixe candiru, ser ferido por uma raia de água doce e a imensidão de insetos também entram nessa lista. Mas nenhum fator que não pudesse ser enfrentado com muita atenção, parceria, repelente e bom-humor. Os profissionais da ESFF foram incansáveis em fazer com que os residentes realmente sentissem-se em casa.

Destaca-se como maior dificuldade o precário acesso à internet, uma vez que os residentes permaneceram alguns dias seguidos sem contato algum para com seus familiares. Fator esse, que também atrapalhava nos processos burocráticos e logísticos de funcionamento do serviço. Trabalha-se inteiramente com um sistema off-line de atualização dos sistemas informatizados, sendo que os prontuários são todos manuais.

É unânime de que essa experiência na UBS Fluvial Dr. Augusto Nery de Abaetetuba, Pará, foi uma das melhores vivências pessoais e profissionais entre todos os residentes que compõem este relato de experiência, superando todas e quaisquer expectativas.

Coleção de aprendizados, trocas, pessoas, chuvas, lembranças (sensoriais e registradas pelas câmeras) e saudades. Mas a principal constatação e confirmação de todo o estágio foi: do quão grandioso é o SUS, alcançando e fornecendo acesso à saúde em todos os cantos do nosso país, sempre reforçando a importância que é a de continuarmos todos a defendê-lo. Além disso, o contato com a natureza, outras culturas e formas de ver e fazer saúde, imersos na Amazônia Paraense, trazem novos significados para a nossa própria vida. Fica o sentimento de realização e gratidão pela Residência, oportunidade que permitiu uma formação com foco nele, o SUS.

Durante 16 dias, o barco se tornou o local de trabalho e de morada desses residentes, sendo que os rios se tornaram ruas e as florestas o principal laboratório de trocas e aprendizagens.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente experiência possibilitou implicações e desdobramentos para a comunidade, para a equipe da UBSF bem como para os residentes. A oportunidade de aprender em um cenário amazônico proporcionou aos resi-

desenvolvendo maior autonomia profissional e a ampliação do conhecimento, principalmente no que se refere ao conceito de saúde, determinantes sociais e o trabalho em equipe. Os residentes vivenciaram as necessidades de saúde da comunidade, tiveram contato com populações tradicionais e conheceram as especificidades das dinâmicas sociais, culturais e econômicas bem como os reflexos disso na saúde da população.

O acolhimento realizado pelos profissionais da UBSF e a interação destes com os residentes foram fundamentais no processo de aprendizagem de todos esses atores, fato evidenciado pelos diferentes momentos de educação permanente, troca de experiência, consulta compartilhada, entre outras discussões potentes verificadas no cotidiano dos profissionais de saúde.

Durante o período do estágio foi possível ampliar o acesso e o cuidado das populações no serviço de saúde e com o atendimento de diferentes profissionais. Isso foi verificado por meio do diagnóstico, planejamento e avaliação das ações realizadas pela equipe de saúde. No entanto, embora a experiência e o cenário terem sido potentes e ido ao encontro do programa de residência de objetivo de formação de profissionais de saúde para o SUS, ainda permanecem fragilidades e desafios relacionados à formação e fixação de profissionais e o aumento de vagas e número de programas de residências com e para a atuação na região amazônica.

Nesse sentido, é fundamental não apenas experiências pontuais de estágios na região amazônica, mas também políticas públicas que induzem e garantam o atendimento das demandas e as necessidades da população amazônica para garantir o acesso à saúde e o cuidado qualificado, conforme os princípios e diretrizes do SUS.



## REFERÊNCIAS

- Barroso, W. K. S. (2020). Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. v. 116, n. 3, p. **Arquivos brasileiros de cardiologia**.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. **Glossário temático Promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas**. (nº 397, 141pp.). Brasília: Conitec.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis). **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. (2a ed., 121 pp.) Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Clode, N, Afonso, M. C., Fonseca, A., Pinto, L., & Tavares, S. (2021). Normas de orientação - Versão Cefálica Externa. **Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno- Fetal**. Recuperado de <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2021/03/NORMA-Versao-Cefalica-Externa.pdf>
- Henriques, M. D., & Penido, C. (2014). As propriedades terapêuticas de *Carapa guianensis*. **Curr Pharm Des**. 20(6), 850-6. Recuperado de 10.2174/13816128113199990048
- IPEA. (2015). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Observatório de Função Socioambiental do Patrimônio da União na Amazônia – **Relatório de Pesquisa** – Relatório Territorial de Belém e Abaetetuba.
- Kadri, M. R. El., Santos, B. S. dos., Lima, R. T. de S., Schweickardt, J. C. & Martins, F. M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface**. V. 23, e180613. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/jJWLYMsndVmG3N9B-Tc5M4GG/?format=pdf&lang=pt>
- Lemos, S. B., Liberali, R., Coutinho, V. F. & Assumpção, S. O. (2012). Biodisponibilidade do ferro e a anemia ferropriva na infância. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. 16(4), 213-228. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26029236016>
- Neves, D. P. (2011). **Parasitologia Humana**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu.

- Neves, E. C, Nascimento, G.C, Ferreira, A. R, Neves, D. A, Fukushima, A. R, Leoni, L. A. B, & Clerici, M.T.P.S. (2020). Classificações e características nutricionais e tecnológicas de farinhas de mandioca comercializadas em Belém, Pará, Brasil. **Brazilian Journal of Food Technology**, 23, e2019143. Recuperado em <https://doi.org/10.1590/1981-6723.14319>
- Oliveira, L. A., Souza, J. M. L., Matos, M. F. R., & Alvares, V. S. (2021). **Farinha de mandioca: alimento fonte de fibras e amido resistente**. Cruz das Almas, BA: Embrapa Mandioca e Fruticultura. 23 pp. Recuperado em <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/226805/1/Documento245-Luciana-AINFO-1.pdf>
- Paula, V. M., Anjos, L. P, Tavares, D. S, Silva, L, Silva, M. D. G & Mulher, R. (2020). Anemia associada a parasitose: Um estudo sistemático. **Scientia Naturalis**, v. 2, n. 1, p. 418-442. Recuperado em <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/SciNat>
- Prefeitura de Joinville. (2022). **Protocolo de dispensação de insulinas Humanas NPH e Regular e Orientações gerais sobre insulinas**. Recuperado em <https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/Oea-391d073483661be2267a03b66da5f.pdf>

# Formação em pesquisa participativa em saúde: conectando Universidades para avançar na equidade regional na Pós-Graduação em Saúde Coletiva



**Dais Gonçalves Rocha**  
**Nilza Rogéria Nunes**  
**Júlio Cesar Schweickardt**  
**Leandro Luiz Giatti**  
**Marco Akerman**



## ANTECEDENTES

**D**iversos estudos têm evidenciado a falta de cultura institucional sobre Pesquisa Qualitativa (PQ) na área da saúde, e isto vem refletindo na ausência de disciplinas específicas e obrigatórias sobre o tema, dificultando que os programas de pós-graduação diferenciem as competências teórico-metodológicas entre mestrado e doutorado (Bosi, 2015; Eakin, 2021). No contexto dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- PPGSC, esta situação se agrava nas regiões brasileiras, como Norte e Centro Oeste, onde a oferta de programas é menor e cujos conceitos de avaliação da Capes estão entre notas três e quatro (Rocha, Nunes, Espírito Santo, Bosi 2024).

Imersos neste contexto, construímos este relato de experiência com o objetivo de apresentar a disciplina de pós-graduação “*Abordagens Participativas na Pesquisa em Saúde*” realizada simultaneamente em três instituições de ensino: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNB, ILMD/FIOCRUZ/Amazônia e Faculdade de Saúde Pública/USP. O capítulo levanta,

também, os principais conceitos e ferramentas do CBPR (Community Based Participatory Research), suas aplicações e possíveis implicações.

Cientes das lacunas na formação em PQ, desde 2019, no contexto de uma parceria com a Professora Nina Wallerstein (Universidade do Novo México-EUA), foram ofertados cursos de verão na Faculdade de Saúde Pública-USP com o tema da Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (CBPR) no Brasil. Começamos delinear uma proposta de processo ensino-aprendizagem com a intencionalidade de contribuir com a formação dos pós-graduandos que vêm, progressivamente, utilizando de abordagens participativas em saúde nos seus projetos de pesquisa.

O Anexo 1 traz a ementa de como a disciplina se desenvolveu, em 2020, com destaque aos Objetivos, Justificativa, Conteúdo, Cronograma, Metodologia, Bibliografia Principal e Bibliografia Complementar para que leitores interessados possam analisar estes elementos constitutivos e adaptarem de acordo com suas realidades e contextos.

Destacamos que as abordagens participativas têm tido um reconhecimento crescente devido à pertinência destas para projetos de natureza interventiva com compromisso de transformação das realidades ou cujas perguntas de pesquisa e/ou desenhos metodológicos privilegiam a perspectiva de sujeitos e coletividades desde o delineamento e não meramente no momento da produção dos dados como “fontes” de informação ou como “informantes nativos”, como inicialmente se definiu na antropologia. O foco está em mudar a relação entre pesquisadores e “pesquisados” e favorecer o diálogo e intercâmbio de saberes na perspectiva da coconstrução da produção e disseminação do conhecimento (Wallerstein, 2018; Wallerstein & Duran 2017).

Com estas perspectivas a disciplina “Abordagens Participativas na Pesquisa em Saúde” teve por objetivo promover reflexões e debates teórico-práticos sobre Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (CBPR - *Community-based participatory research*) e Empoderamento na perspectiva da Promoção da Saúde, visando fomentar o desenvolvimento de experiências e pesquisas orientadas por ferramentas participativas que contribuam com o desenvolvimento local sustentável, transformação social e a democratização de saberes.



## METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Docentes das três instituições brasileiras, de três localidades diferentes (Brasília, Manaus e São Paulo), situadas entre 1000 a 3470 quilômetros de distância, planejaram e executaram colaborativamente a disciplina Abordagens Participa-

tivas na Pesquisa em Saúde mediante trocas de referenciais teóricos, metodologias e experiências no contexto de ações de projetos, programas e/ou políticas de promoção da saúde. Foram realizados doze (12) encontros semanais em formato híbrido e três (3) de atividades exclusivamente em EAD, totalizando 60 horas com estudantes de mestrado e doutorado de diferentes categorias profissionais. A conexão entre as turmas foi mediada por diferentes plataformas virtuais, incluindo participação de uma especialista internacional na temática e intercâmbio de experiências das diferentes regiões participantes. Com isso, a proposta se desenvolveu com um padrão de hibridização entre ambientes presenciais e virtuais, uma vez que em cada uma das três sedes de oferecimento da disciplina havia um docente e estudantes, todos conectados por ambiente virtual. Naquele momento, estávamos exercitando uma modalidade de ensino que se tornaria frequente durante pandêmico e no pós-pandemia de Covid-19.

A metodologia da disciplina se fundamentou em experiências e vivências em Abordagens Participativas de Pesquisa em Saúde, Educação Popular e Empoderamento em interface com a Promoção da Saúde, com a perspectiva de contribuir com a formação dos estudantes a partir da valorização da participação, do diálogo e inovação/criatividade.

O processo pedagógico foi permeado por metodologias participativas para favorecer o percurso dialógico de forma compartilhada e mediada por tecnologias da informação e comunicação (ensino à distância) com abordagens pedagógicas problematizadoras. No primeiro encontro um “*caderno de perguntas*” foi construído com os participantes permitindo registrar as dúvidas e expectativas para essa disciplina. Essa construção coletiva se mostrou importante, pois orientou a aplicabilidade e a discussão dos conteúdos.

A construção conceitual do CPBR (Community-Based Participatory Research)<sup>30</sup> foi mediada pela visualização móvel praticada com o uso de tarjetas e materializada com a apresentação do vídeo documentário “*Debaixo do pé de manga*”, produzido pelo Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento, uma ONG que forma educadores nas comunidades rurais. Na aula sobre a problematização e a aprendizagem baseada nas experiências vividas utilizou-se as metodologias da “*biografia*”, o “*rio da vida*”, “*grupo focal*”. Sobre os princípios do CBPR (empoderamento e a teoria e a prática de poder) compartilhou-se a sua essencialidade a partir da exposição sobre a “*dinâmica das garrafas*” e uma “*avaliação quis*” da leitura indicada. Uma das abordagens importantes como princípios da “*Pesquisa Intervenção: Conhecendo a realidade que se deseja intervir*” é a criação de estratégias que favoreçam o conhecimento da

---

30 - Para saber mais sobre o CBPR e as metodologias descritas ver Wallerstein, Mendes, Santana & Parajon. (2024).

realidade que se pretende estudar/atuar. Assim, as metodologias do “*mapa falante*”, o “*photovoice*”, “*mapa social*” e “*exercícios de codificação e decodificação*” baseados nos princípios de Paulo Freire são ferramentas potentes que auxiliam o fazer COM as pessoas, e não para ou por elas.

Nesse sentido, o modelo conceitual e de aplicação para a CBPR se fez útil por sua natureza de aplicação na forma de exercício de diagnóstico e de planejamento coletivo para com ações concretas de mudança da realidade e promoção da saúde. Este modelo, permite e estimula reflexão constante ao longo de interações entre quatro dimensões, sendo elas: Contextos; Dinâmicas e Parcerias; Intervenção e Pesquisa; e Resultados. A aplicação do modelo por meio de processos participativos compõe dinâmicas cíclicas de estudo, diagnóstico e colaborações para mudanças, em que, convenientemente, pode-se motivar o diálogo a partir do estabelecimento de resultados desejados, o que motiva a interpretar caminhos, capacidades e condicionantes a partir das demais três dimensões (Oetzel *et al.*, 2018; Wallerstein & Duran, 2017).

Buscando estabelecer a interface entre pesquisas participativas e políticas públicas a “*teia de aranha*” e o “*usuário guia*” ilustraram caminhos possíveis para essa forma de se fazer pesquisa. Algumas experiências práticas foram também compartilhadas ao longo do semestre buscando estabelecer materialidade para os participantes.

Destacou-se as contribuições singulares de cada docente envolvido na elaboração e implementação da disciplina que, embora procedentes de diferentes áreas do conhecimento, suas experiências e pontos de vista convergem na atuação teórico-práticas utilizando as metodologias participativas. Nesse sentido, seus olhares e expertises possibilitaram ampliar quanti e qualitativamente as abordagens e ferramentas utilizadas.



## RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Entre os resultados destacam-se: a ênfase em estabelecer uma articulação teoria-prática em todas as aulas, que possibilitou aplicabilidade e fomentou a qualidade de pesquisas das instituições de ensino e pesquisa com serviços de saúde e iniciativas da sociedade civil; estimulou a Promoção da Saúde por meio ações e pesquisas colaborativas baseada nos princípios da educação popular e do empoderamento das pessoas, grupos e comunidades; incrementou a participação e o empoderamento da comunidade no planejamento e avaliação de pesquisas buscando estratégias de mudança coletiva; articulando diferentes atores institucionais: equipes de saúde, estudantes, usuários dos serviços de saúde e movimentos sociais.

Os resultados evidenciam a potência e a capilaridade destas abordagens e disseminação destas mediante parceria e trabalho colaborativos entre pesquisadores e estudantes de diferentes regiões e com diferentes expertises, ampliando o repertório e oportunidade da inserção do saber local e valorização da participação popular no delineamento de projetos de pós-graduação e avaliação de programas e/ou políticas de Promoção da Saúde. Eakin (2021, p. 293) afirma que um *“conteúdo curricular estratégico e uma forte comunidade prática são necessários para dar suporte ao ensino, aprendizado e prática de pesquisa que vai ‘contra a corrente’ do discurso científico dominante e da lógica institucional”*.

Esta experiência pedagógica entre regiões em um país continental como o Brasil dialoga com iniciativas internacionais em curso como a Rede Pesquisa Qualitativa em Saúde Brasil-Canadá. Esta tem por objetivo *“produzir e disseminar padrões de excelência no ensino da pesquisa qualitativa na área de saúde”* (Rede Quali Brasil-Canadá, 2021). Um dos focos desta rede é compartilhar saberes e modos de fazer pesquisa qualitativa. Para tal, além de eventos e publicações, estruturam um site (<http://www.redequali.unb.br/index.php/pt/recursos/videos>) com vídeo aulas produzidas por professores, pesquisadores e alunos do CCQHR ([www.ccqhr.utoronto.ca](http://www.ccqhr.utoronto.ca)), que estão legendadas em português. Este website e seus *“produtos”* têm potencialidade de conferir uma *“presença organizacional”* à área da PQS no Brasil, nos moldes delineados por Eakin (2021, p. 302).

Ainda, a experiência pela mediação de tecnologia na formação de pesquisadores nos abriu muitas possibilidades de repensarmos as estratégias educativas e de participação social no ensino e na pesquisa. Em tempos de isolamento social, de revisão das metodologias de aprendizagem e de realização de pesquisas, uma das mudanças pós-pandemia Covid 19 indicadas, é a expansão da educação à distância e surgimento de novas plataformas que conectam *“mentores”* e professores com diferentes públicos. Também, verificamos o aumento da realização de pesquisas via internet (cyberspace) e usos de ferramentas digitais para a produção de dados em pesquisa no campo da Saúde Coletiva (Deslandes & Coutinho, 2020). Nesta direção, a disciplina contribuiu para a instrumentalização dos participantes mediante os usos de ferramentas como Jamboard, Padlet, Rio da Vida, Grupos de Verbalização/Observação-GVGO durante as aulas.

Refletindo sobre a experiência e seus desafios de oferecimento à distância e de forma síncrona, cabe ressaltar que o ano pré-pandêmico de 2019 também se colocava ainda antes de um salto obrigatório em que todos tiveram que enfrentar o trabalho ou o estudo com uso de ambientes virtuais. Na verdade, a própria condição de hibridização ocorreu sob uma forma bastante desafiadora, pois em cada uma das sedes (Manaus, Brasília e São Paulo) as

salas com estudantes e docentes se integravam remotamente. Embora não fosse nada inédito, o ambiente híbrido era, contudo, desafiador. Por outro lado, as dificuldades encontradas também se colocaram como estímulos à colaboração e à dialógica entre os grupos de docentes e estudantes. Assim, também consideramos que o conjunto da experiência, com o componente de inovação e aprendizagem por parte de todos os participantes, agregou ainda mais componentes legítimos de co-construção de saberes.

Outro aspecto de relevância a registrar foi a própria forma de trabalhar conteúdos teóricos, leituras e exposições associados à aplicação de instrumentos participativos, que impulsionaram experiências coletivas de reflexão e hibridização de saberes. Esse arranjo também propiciou um caráter de transformação constante de processo de investigação e aprendizagem, em que cabe ressaltar a similaridade com a natureza de processos participativos, com suas dinâmicas vivas e criativas, em que pesquisadores (no caso docentes e estudantes de pós-graduação) passam a acompanhar o desenvolvimento do projeto (a disciplina) para onde quer que ele caminhasse (Brydon-Miller, Greenwood, Maguire, 2003).

Consideramos que este relato de experiência é um embrião deste tipo espaço de ensino-aprendizagem com grande potencial para ativação de transformação e co-construção. Do mesmo modo, consideramos o modelo como uma inovação aplicável a outros contextos e demandas por cooperação acadêmica entre programas de pós-graduação situados em regiões distintas, sendo que as dinâmicas e instrumentos participativos empregados podem ser considerados como importantes ferramentas de integração entre aspectos territoriais e institucionais distinguíveis. Os resultados foram centrados em metodologias ativas aplicadas ao contexto da área da saúde coletiva e que contribuíam com o desenvolvimento local no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), equipamentos sociais e outras políticas públicas. Finalmente, destacamos alguns projetos, dissertações e teses que foram desenvolvidos nas instituições da Amazônia que aplicaram as abordagens participativas a partir das disciplinas e dos desdobramentos da parceria do PROCAD Amazônia.

O projeto de pesquisa “*Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas*”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas – FAPEAM, utilizou de estratégias participativas, inspirando algumas dissertações (PPGVIDA) e duas teses de doutorado (PPGCASA/UFAM e Doutorado em Psicologia da UFPA). A dissertação “*Acesso e fluxos da população ribeirinha aos serviços de saúde no município de Parintins-Am: uma abordagem participativa*” de Ana Elizabeth Sousa Reis, orientada pelo professor Júlio Cesar Schweickardt, com a coorientação do professor Rodrigo Tobias de Sousa Lima. Utilizou dos Rios da Vida e do Mapas Falantes com usuários e trabalhadores de saúde da comunidade do Mocambo (Reis, 2021).

A dissertação *“Caminhos da população ribeirinha: produção de Redes Vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas”*, de Josiane de Souza Medeiros, orientada pelo professor Júlio Cesar Schweickardt, utilizou da metodologia de usuário-guia para avaliar a rede de urgência e emergência na região do médio rio Solimões. Destacamos que a dissertação foi publicada na sua íntegra no formato de livro (Medeiros & Schweickardt, 2021).

A dissertação *Fluxos da população ribeirinha no acesso aos serviços de urgência e emergência: um estudo de caso no município de Maués, AM, de Vanessa Figueiredo de Almeida*, orientada pelo professor Júlio Cesar Schweickardt, utilizou de mapas falantes com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para discutir as situações de urgência no território ribeirinho (Almeida, 2021). A dissertação teve como publicação o artigo: *“Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades”* (Almeida, Schweickardt, Reis & Vieira Moura, 2022).

A tese *“As saúdes na Amazônia ribeirinha: análise do trabalho em saúde no território líquido”*, produzida por Fabiana Mânica Martins, sob a orientação de Katia Helena Serafina Schweickardt e Júlio César Schweickardt, no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (PPGCASA), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), utilizou de cartografia social e cartografia sentimental para analisar os processos de trabalho de uma equipe da UBS Fluvial no município de Tefé, Amazonas. A tese está publicada em livro na Série Saúde e Amazônia, da Editora da Rede Unida (Martins, Schweickardt & Schweickardt, 2022).

A tese *“Acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência: em busca de novas modelagens em saúde na Regional do Baixo Amazonas”*, de Nicolas Esteban Castro Heufemann, orientada pelo professor Alcindo Antônio Ferla e coorientada por Júlio Cesar Schweickardt, teve como estratégia pensar o acesso ao território ribeirinho pelo ponto de vista das equipes, utilizando de mapas falantes (Heufemann, 2022).

Outro projeto desenvolvido no período da pandemia de Covid-19 também desenvolveu estratégias participativas com trabalhadores e trabalhadoras da saúde no Amazonas. O projeto *“Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas*, teve financiamento da FAPEAM, e foi desenvolvido nos anos de 2021 e 2022, gerando dois livros: *“Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato”* (Schweickardt et al., 2022) e *“Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos”* (Schweickardt et al., 2023). Além disso, gerou a tese *“Territórios da Atenção Básica de Saúde*

do Amazonas: transformações sociais sob o signo da pandemia da Covid 19”, de Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, orientada pelo prof. Júlio Cesar Schweickardt, defendida o Programa de Saúde Pública na Amazônia – DASPAM, Instituto Leônidas e Maria Deane, (Guedes, 2023), aplicou de uma abordagem participativa com trabalhadores e trabalhadoras que estiveram na linha de frente do enfrentamento da Covid-19 no Amazonas.

Nos âmbitos dos Programas de Saúde Coletiva da UnB (Profissional e Acadêmico) foram desenvolvidas as seguintes dissertações: *“Mosaico fluido dos saberes. Experiências de buscas por cuidados com pessoas em uso problemático do álcool e outras drogas”*, de Daniela Oliveira, que utilizou Rio da vida; *“Como a equidade racial está sendo implementada na formação em saúde? Pesquisa-intervenção nos cursos de graduação em saúde coletiva, enfermagem e medicina da Universidade de Brasília”*, da Dyana Helena de Souza, que realizou oficinas com docentes dos Núcleos Docente Estruturantes na abordagem de pesquisa intervenção e *“Experiências de resolução de conflitos em cenários escolares”* da mestre Domingas Rodrigues da Cunha, que na triangulação metodológica utilizou mapas falantes online. As duas primeiras foram orientadas pela Dais Rocha e esta última pela Ximena Pamela D. Bermúdez.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A jornalista Eliane Brum (2021), no livro *“Banzeiro de Okótó: uma viagem à Amazônia centro do mundo”* nos traz os relatos sobre os caminhos possíveis tanto na escrita como no caminhar. Nessa caminhada, diz a autora, *“aprendi a não perder nenhuma chance de me perder”* (p.16), o que significa que nem sempre temos a certeza de onde iremos parar quando saímos. Assim, foi com a caminhada desse grupo, nessa temática, nessa disciplina, iniciamos com uma proposta que acreditamos ser mais próxima dos nossos valores e princípios da pesquisa com as pessoas e populações. Nos demos o direito de nos *“perder”* nos caminhos que os pensamentos e as projetos nos levam. Quando iniciamos essa caminhada, jamais pensávamos que uma pandemia estava no caminho, nos perdemos, nos achamos, e novamente nos perdemos para ir encontrando caminhos outros.

Aprendemos na Amazônia que os caminhos não são em linha reta, as medidas não são em quilômetros, mas em tempo, horas, dias, curvas, potência do motor, nível das águas. Uma linha reta não mede necessariamente a distância entre dois pontos, porque as retas são cheias de curvas e de tempos que se atravessam no caminho. A pesquisa participativa acontece nos seus tempos, no tempo das pessoas, no ritmo da vida da aldeia, da comunidade, do lugar, do fluir das águas, no caminhar pelos beiradões e chavascals. O participativo acontece na linha torta dos desejos e das expectativas daque-

les que eram, até pouco tempo, invisíveis ou foram invisibilizados, por isso, o participativo não é “*dar voz*”, mas construir uma voz coletiva para a criação de novas dizibilidades e visibilidades para os que se aventuram na pesquisa, na escrita e nas formas de inventar o mundo.

Por fim, a disciplina foi um argumento para nos encontrar e dividirmos o comum e promover a diversidade de ideias, motivados pelo esperar de novos mundos. Agradecemos às pessoas que toparam caminhar conosco por lugares que nos dão pistas, mas que cada um vai precisar caminhar, se perder, se achar e novamente se perder.



## REFERÊNCIAS

- Almeida, V. F. (2021). Fluxos da população ribeirinha no acesso aos serviços de urgência e emergência: um estudo de caso no município de Maués, AM. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane. 104 f. **Dissertação** (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane.
- 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 (Botucatu)**. 26: e210769 <https://doi.org/10.1590/interface.210769>
- Bosi M.L.M. (2015) Formar pesquisadores qualitativos em saúde sob o regime produtivista: compartilhando inquietações. **Rev Fac Nac. Salud Pública**, v. n. 33(supl 1), p. S30-37.
- Brum, E. (2021). **Banzeiro de Okótó: uma viagem à Amazônia centro do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Brydon-Miller, M., Greenwood, D., Maguire, P. **Why action research?** [s.l.] Sage Publications, 2003.
- Deslandes, S.F., & Coutinho T. (2020) Pesquisa social em ambientes digitais em tempo de Covid 19: notas teórico-metodológicas. **Cad. Saúde Pública**; 36(11):e00223120.
- Eakin, J.M. (2021) Formando pesquisadores qualitativos críticos em saúde a terra dos ensaios clínicos randomizados. In: Bosi MLM, Gastaldo D. (orgs). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde. Fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis-RJ: Vozes. p 282-313.

- Guedes, T. R. O. N. (2023). Territórios da Atenção Básica de Saúde do Amazonas: transformações sociais sob o signo da pandemia da Covid 19. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 158 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – DASPAM) – Instituto Leônidas e Maria Deane.
- Heufemann, N. E. C. (2022). Acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência: em busca de novas modelagens em saúde na Regional do Baixo Amazonas. 180 f. **Tese** (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Belém.
- Martins, F. M., Schweickardt, K. H. S. C. & Schweickardt, J. C. (2022). **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 21). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-87-7.
- Medeiros, J. S., Schweickardt, J. C. (2021). **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 17). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-75-5.
- Oetzel, J. G. *et al.* (2018). Impact of participatory health research: a test of the community-based participatory research conceptual model. **Bio-Med research international**.
- Rede Quali Brasil-Canadá (2021). **Home: o que é Rede Pesquisa Qualitativa em Saúde Brasil-Canadá**. Disponível: <http://www.redequali.unb.br/index.php/pt/> Acesso: 05 dez 2021.
- Reis, A. E. S. (2021). Acesso e fluxos da população ribeirinha aos serviços de saúde no município de Parintins-AM: uma abordagem participativa. **Dissertação** (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane.
- Rocha D.G, Nunes, N.R., Espírito Santo G., Bosi M.L.M. (2024). **Formação em Pesquisa Qualitativa nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: panorama no Brasil**. (prelo)
- Schweickardt, J. C, Ferla, A. A., Guedes T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M., Lemos, S. M., & Reis, A. E. S. (2023). **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. (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).

Wallerstein, N. (2018). Prefácio. In: Toletto, R.F. *et al.* **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde. p.11-26.

Wallerstein, N. & Duran, B. *et.al* (2017) **Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity**. 3 edition, Jossey-Bass.

Wallerstein, N., Mendes, R., Santana, C. L. A., & Parajon, L. C. (2024). **Pesquisa participativa empoderamento: teorias e práticas de participação social - Coleção Saúde em Debate**. 1ed.São Paulo - SP: Hucitec Editora, v. 350.

**SIGLA DA DISCIPLINA:** APPS

**NOME DA DISCIPLINA:** Abordagens Participativas na Pesquisa em Saúde

**VALIDADE INICIAL (ANO/SEMESTRE):** 2020/2º

**Nº DE CRÉDITOS:** 4

**AULAS TEÓRICAS:** 7

**AULAS PRÁTICAS, SEMINÁRIOS E OUTROS:** 7

**DURAÇÃO EM SEMANAS:** 7 semanas

**PROGRAMA**

## OBJETIVOS:

### Geral:

Promover reflexões e debates teórico-práticos sobre Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (CBPR - Community-based participatory research) e do Empoderamento na perspectiva da Promoção da Saúde, visando fomentar o desenvolvimento de experiências orientadas por ferramentas participativas que contribuam com o desenvolvimento local, transformação social e a democratização de saberes.

### Específicos:

- Contextualizar historicamente a trajetória da Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (CBPR - Community-based participatory research) em diálogo com o marco legal da Promoção da Saúde e da Educação Popular;
- Articular saberes e práticas pautadas por abordagens participativas e tecnologias sociais centradas em metodologias ativas aplicadas ao contexto da área da saúde e que contribuam com o desenvolvimento local no âmbito do SUS, equipamentos sociais e outras políticas públicas;
- Ampliar o repertório instrumental e teórico sobre abordagens e estratégias de Pesquisa Participativa em Saúde;
- Fomentar a qualificação de pesquisas dessa natureza junto às instituições de ensino e pesquisa e os diversos setores de produção e disseminação de conhecimento;

- Fomentar o desenvolvimento de ações colaborativas para ações de Promoção da Saúde baseadas nos princípios da educação popular e do empoderamento das pessoas, grupos e comunidades;
- Compartilhar o modelo conceitual de Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade baseada na participação e no empoderamento da comunidade através do planejamento, avaliação e pesquisa de ações de saúde e desenvolvimento comunitário, buscando estratégias de mudança coletiva;
- Reconhecer e fomentar práticas de acompanhamento, monitoramento e avaliação de ações de projetos, programas e/ou políticas de saúde em um dado território, articulando atores institucionais, equipes de saúde, estudantes, usuários dos serviços de saúde e movimentos sociais.

## JUSTIFICATIVA:

Disciplina concebida no âmbito do PROCAD-Capes em conjunto com a UnB e Fiocruz Amazonas. UnB e FSP apoiam o Mestrado Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) da FIOCRUZ Amazonas para melhoria de produção e ampliação do seu Projeto Político Pedagógico (PPP). A Disciplina foi elaborada com base no CBPR (Community Based Participatory Research) da Universidade do Novo México, EUA. A colega Nina Wallerstein, docente desta Universidade, colaborou com a concepção da disciplina e participará de aulas e outras atividades.

## CONTEÚDO E CRONOGRAMA

DATA		CONTEÚDO
SETEMBRO	14	Apresentação dos participantes, suas experiências, a disciplina, logística e pactuação do programa.
	21	Construção conceitual da pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR - Community Based Participatory Research)
	28	Apresentando ferramentas do cbpr: o "rio da vida"
OUTUBRO	5	Outras abordagens participativas: mapas falantes e cartografia social
	19	Apresentando uma aplicação do cbpr em pesquisa intervenção: bullying no ensino fundamental
NOVEMBRO	26	Pesquisa participativa e intervenção para problemas socioambientais e de saúde
	9	Testando ideias de pesquisas baseadas no cbpr; colhendo legados e avaliando criticamente a disciplina

## METODOLOGIA

### 1. ABORDAGEM

A metodologia da disciplina se fundamenta em experiências e vivências em Abordagens Participativas de Pesquisa em Saúde, Educação Popular e Empoderamento em interface com a Promoção da Saúde, com a perspectiva de contribuir com a formação dos estudantes a partir da valorização da participação, do diálogo e inovação/criatividade.

### 2. ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA

A disciplina será presencial – embora mediada por tecnologias da informação e comunicação (ensino à distância) com abordagens pedagógicas problematizadoras. Serão utilizadas técnicas de dinâmicas de grupo para a problematização de temas estratégicos para compreensão acerca dos princípios metodológicos que orientam a Pesquisa Ação Participativa. Os alunos, como protagonistas da construção dos trabalhos de conclusão, deverão desenvolver um projeto de pesquisa ou plano de intervenção ou artigo ou ensaio sobre aplicabilidade para determinada localidade baseado nos princípios e fundamentos teóricos apresentados no decorrer da disciplina. No momento final da disciplina, o estudante deverá apresentar estes trabalhos de forma individual ou em pequeno grupo onde evidenciam a aplicabilidade dos fundamentos teórico-metodológicos e das potencialidades destas abordagens. Práticas de campo e apresentação de experiências identificadas pelos alunos e docentes serão utilizadas no desenvolvimento da metodologia. A disciplina será dividida entre os docentes dos três Programas, sendo que cada aula será de responsabilidade de um docente. Apesar disso, as aulas serão compartilhadas por todos os docentes que estarão presencialmente nas turmas.

### 3. RECURSOS PEDAGÓGICOS

As atividades serão desenvolvidas a partir de recursos didáticos adequados aos conteúdos propostos: análise de situações/casos reais, exposições orais, dinâmicas vivenciais, trabalhos e discussões em grupos e seminários de apresentação do trabalho final. As tecnologias de informação e comunicação possibilitarão um espaço de interatividade entre estudantes e docentes, práticas comunicativas (foto, vídeo, apresentações e mapas), além de suporte didático-administrativo de ensino a distância para avaliação, acompanhamento de frequência e desempenho, instrumentos de apoio às

atividades de ensino-aprendizagem (textos, links, roteiros de campo, formulários eletrônicos, entre outros). A disciplina será oferecida para estudantes dos três Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNB, USP, ILMD/FIOCRUZ), podendo ser aberta para alunos especiais de outras áreas.



## BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

- ADELMAN, C. Kurt Lewin and the origins of action research. **Educational Action Research, Wallingford**, v.1, n. 1, p. 7-24, 1993.
- AKERMAN, M. Avaliação participativa em promoção da saúde: um exercício de aprendizagem coletiva, reflexivo e contínuo. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 71-91.
- ALMEIDA, A. W. B. *et al.* (Orgs). Cadernos de debates Nova Cartografia Social: **Conhecimentos tradicionais na Pan-Amazônia**. Manaus: UEA, 2010.
- ALMEIDA, A. W. B. Terra de quilombo, terras indígenas, “*babaçuais livre*”, “*castanhais do povo*”, **faixinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas**. 2.<sup>a</sup> ed, Manaus: PGSCA–UFAM, 2008. 192 p.
- BOAL, A. **Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas**. 6 ed. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira: 1991
- BOAL, A. **200 Exercícios de Jogos para o Ator e o Não-Ator com Vontade de Dizer Algo Através do Teatro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.
- FALKENBERG, MB *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREUDENBERG N. Evidence, Power, and Policy Change in Community-Based Participatory Research. **American Journal of Public Health** 2014, v.104(1). P.11-14.
- FUNTOWICZ, S. e RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras, IV(2): 219-230 jul.-out. 1997.

- GIATTI, LL, LANDIN R, Toledo RF. Aplicabilidade da ecologia de saberes em saúde e ambiente e sua permeabilidade na produção acadêmica. **Ciência & Saúde Coletiva** 19(10):4091-4102, 2014.
- GOMES, M.P.C; MERHY, E (Orgs). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- KLINKE, A. and RENN; O.: Adaptive and Integrative Governance on Risk and Uncertainty. **Journal of Risk Research** , Vol, 15, No. 3 (2012), pp. 273-292.
- KOGA, D. Cidades entre territórios de vida e territórios vividos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. no. 72, São Paulo: Cortez, 2002.
- LIST D. 2006. Action research cycles for multiple futures perspectives. **Futures** 38:673-684.
- MENDES, R; PEZZATO, L. M; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1737-1745, 2016.
- MERHY, E. E. *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.
- ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2016.
- SPINK, M, J; MENEGON, V.M. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, 26(1), 32-43, 2014.
- TOLEDO, R.F.; GIATTI, L.L.. Challenges to participation in action research. **Health Promotion International** (Print) v. 30, p. 162-173, 2014.
- WALLERSTEIN N. Prefácio. In: TOLETO, RF *et al.* **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p.11-26
- WALLERSTEIN N, GIATTI LL, BOGUS C, AKERMAN M, JACOBI PR, TOLEDO RF, *et al.* Shared Participatory Research Principles and Methodologies: Perspectives from the USA and Brazil—45 Years after Paulo Freire’s “Pedagogy of the Oppressed”. **Societies**, 2017, 7, 6; doi:10.3390/soc7020006.

WALLERSTEIN N, DURAN B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. **Am J Public Health**. 2010;100(S1): S40-6.

WALLERSTEIN, N.; DURAN, B.; *et al.* **Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity**. 3 edition, Jossey-Bass, 2017.

WANG, C.; BURRIS, M. Photovoice: Concept, methodology and use for participatory need assessment. 1997. **Health Education & Behavior**, 24(3), 369-387, 1997.



## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CHRISTOPHER S, WATTS V, MCCOMICK AKH, YOUNG S. 2008. Building and Maintaining Trust in a Community-Based Participatory Research Partnership. **Am J Public Health** 98:1398-1406; doi:10.2105/AJPH.2007.125757.

DI GIULIO, G.M.; Serrao-Neumann, S.; Viglio, J.E.; Ferreira, L.C.; Choy, D.L. Propostas metodológicas em pesquisas sobre risco e adaptação: experiências no Brasil e na Austrália. **Ambiente & Sociedade** (Online), v. 17, p. 35-54, 2014.

GIATTI LL. **O paradigma da Ciência Pós-Normal: Participação social na produção de saberes e na governança socioambiental e da saúde**. São Paulo: Annablume: 2015.

GNAIGER, A. SCHROFFEREGGER, G. **Tool-kit cenário**. Disponível em: <http://www.uibk.ac.at/fbi/download/fbibuchweb1.pdf>, 2008.

JACOBI, P. R.; GRANJA, S.I.B.; FRANCO, M.I. **Aprendizagem social: práticas educativas e participação da sociedade civil como estratégias de aprimoramento para a gestão compartilhada em bacias hidrográficas**. São Paulo em Perspectiva, v.20, n.2, p.5-18, abr-jun 2006.

KUHN TS. **A estrutura das revoluções científicas; trad.** Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2009.

MINKLER M. Linking Science and policy through community-based participatory research to study and address health disparities. **Am J Public Health** 100:S81-S87; doi:10.2105/AJPH.2009.165720; 2010.

- OETZEL JG, WALLERSTEIN N, DURAN B, SANCHEZ-YOUNGMAN S, NGUYEN T, WOO K. Impact of Participatory Health Research: A Test of the Community-Based Participatory Research Conceptual Model. **Bio-Med Research International**, 2018, Article ID 7281405, <https://doi.org/10.1155/2018/7281405>.
- PETERSON, GD, CUMMING, GS and CARPENTER, SR, (2003) “*Scenario Planning: a tool for conservation in an uncertain world*”. **In Conservation Biology**, 17(2), pp 358-366.
- SAN SEBASTIÁN, M.; HURTIG, A. K. Oil development and health in the Amazon basin of Ecuador: the popular epidemiology process. **Social Science & Medicine**. v. 60, n. 4. feb. 2005. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000226430300012 >.
- SANTOS, BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos CEBRAP**, 79, novembro 2007. pp. 71-94
- SCHOEMAKER, PJH, (1995) “Scenario Planning: A Tool for Strategic Planning”. **In Sloan Management Review**, 36(2), pp 25-40.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- TOLEDO RF *et al.* (orgs.) **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. Disponível em url: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/metodologias\\_participativas\\_final.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/metodologias_participativas_final.pdf)





# Sobre Organizadores, Autores e Autoras



## **ALCINDO ANTÔNIO FERLA**

Médico (UFRGS, 1996), doutor em educação (UFRGS, 2002), professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM); professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (UFMS); e professor visitante na Universidade Católica Redemptoris Mater (UNICA), Nicaragua. Atua como bolsista de pesquisador Sênior do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM), como membro titular da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Coordenador Geral da Associação Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

## **JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT**

Graduado em Ciências Sociais, Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia, doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz - COC/Fiocruz. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/ Fiocruz Amazônia). Coordenador do Mestrado Profissional. Saúde da Família - PROFSAÚDE/ILMD e do Programa de Doutorado em Saúde Pública na Amazônia - DASPAM. E-mail: julio.cesar@fiocruz.br.

## **LEANDRO LUIZ GIATTI**

Professor Associado no Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Sao Judas Tadeu, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, área de concentração Saúde Ambiental. Pesquisador CNPq nível 2, bolsa de produtividade em pesquisa. Editor adjunto da revista Ambiente & Sociedade. Professor visitante do Programa de Mestrado Acadêmico em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), no Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz/Amazônia. E-mail: lgiatti@usp.br

## **ALLAN CHARLES PEREIRA**

Farmacêutico Bioquímico. Mestrando pelo Programa Educacional em Saúde Pública, com foco na vigilância, preparação e resposta a eventos de importância nacional -VigiLabSaúde-Fiocruz, área de concentração em Políticas Públicas em Saúde. E-mail: allanvillanova@yahoo.com.br

## **ALESSANDRA F. DALES NAVA**

Medicina Veterinária e Doutorado em Medicina Veterinária com ênfase em Epidemiologia. Pesquisadora do Laboratório de Ecologia de Doenças Transmissíveis na Amazônia (EDTA), do Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia. E-mail: alessandra.nava@fiocruz.br

## **ALEXSANDER MOREIRA SIQUEIRA**

Doutora em Medicina Tropical, laboratório DMAIS, Instituto Leônidas & Maria Deane- FIOCRUZ Amazônia, Manaus, AM, Brasil. E-mail: marlajalene@gmail.com

## **ALEXSANDRA FAVACHO**

Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco, mestrado em Bioquímica pela Universidade Federal de Pernambuco e doutorado em Ciências (Microbiologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Mato Grosso do Sul – MS. E-mail:

## **ALINE APARECIDA FERREIRA ARTINI**

Bacharel em Relações Internacionais. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA). Servidora na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: alineartini@yahoo.com.

## **ALLINE APARECIDA PEREIRA**

Bacharela em Psicologia. Psicóloga CAPS II Lídia Menezes em Magé /RJ e do Instituto Reação Rio de Janeiro – RJ. Doutoranda e Mestra em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Gestão de Políticas Públicas com foco em Gênero e Raça pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Especialista em Literatura e Cultura Afro-Brasileira pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Licenciada e Bacharela e Educação Física pela UFJF. E-mail: allineapereira.psinasfmage@gmail.com.

## **ANA PAULA DE CARVALHO PORTELA**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública: Fiocruz Amazônia. Secretaria de Estado da Saúde/AM. Docente da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. E-mail: aportela@uea.edu.br

## **ANNA QUIALHEIRO**

PhD Public Health Junior Research Life and Health Sciences Research Institute (ICVS). University of Minho. E-mail: aquialheiro@med.uminho.pt

## **BRUNO MARQUES**

Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Museu Nacional. Pesquisador do Museu Paraense Emílio Goeldi. Belém, PA, Brasil. E-mail: bmarques23@gmail.com

## **CAMILA MELO DIOGO SOLER**

Médica residente em Medicina de Família e Comunidade - Centro Universitário do Pará - CESUPA. E-mail: milamed95@gmail.com

## **CLEUDECI R SIQUEIRA PORTELA**

Graduação em Enfermagem. Mestre em Doenças Tropicais: Hospital de Medicina Tropical AM. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Biologia da Interação Patógeno Hospedeiro, pelo Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ-AM). Atuou como Gerente de Atenção Básica na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - DABE/SES-AM. E-mail: cleudecir@gmail.com

## **CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA**

Graduada em enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia. Atuou como enfermeira na Estratégia Saúde da Família em Tabatinga e na Saúde Indígena (2013 a 2017). Foi Gerente de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva de Tabatinga (2018 a 2022). Servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. E-mail: crisbressan2@hotmail.com

## **DAIS GONÇALVES ROCHA**

Graduação em Odontologia, mestrado e doutorado em Saúde Pública. Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde - UnB. Coordena projetos nacionais e internacionais na área de Promoção da Saúde. E-mail: daisrocha.dr@gmail.com

## **DANIELA MARINHO DA SILVA**

Pós-graduanda do programa de Mestrado Acadêmico em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), Instituto Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ Amazônia, Manaus, AM, Brasil. E-mail: daniela.marinhodasilva@gmail.com

## **DARLANE VALÉRIO PINTO LOPES**

Enfermeira Especialista em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS; Especialização em Educação na Saúde para preceptores no SUS; Terapia Intensiva de Alta Complexidade - Adulto, Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família, Administração Hospitalar. E-mail: darlane\_valerio@yahoo.com.br

## **DAYARA ARAÚJO DE NEGREIROS**

Bacharela em Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas. E-mail: dayaranegreiros.araujo@gmail.com

## **DÍULIANA DOS SANTOS MENDES**

Farmacêutica. Mestranda do Programa Condições de Vida e Situações de Saúde da Amazônia - PPGVIDA ILMDF/IOCRUZ Amazônia. Diretoria Executiva de Vigilância Laboratorial, DEVL/SVS/LACEN, Amapá. E-mail: diulianamendes@hotmail.com

## **DULCE MEIRE MENDES MORAIS**

Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e pesquisadora do Programa Rio Negro do Instituto Socioambiental. E-mail: dulce@socioambiental.org

## **ELISA BROSINA DE LEON**

Docente da Universidade Federal do Amazonas UFAM, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF, Manaus/AM. E-mail: elisadleon@ufam.edu.br

## **ELIZÂNGELA SILVA COSTA**

Licenciada em Sociologia e mestranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. E-mail: elizangelabare@usp.br

## **EMANUELE POZZEBON CAURIO**

Enfermeira especialista em Atenção Básica - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. E-mail: emanuelecaurio@gmail.com

## **FRANCINEIA FONTES**

Doutoranda na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Museu Nacional. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: hipamale@gmail.com

## **GISELLE DINIZ GUIMARÃES SIQUEIRA**

Egressa do Programa de Mestrado Acadêmico em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA). Pesquisadora do Laboratório Diversidade Microbiana da Amazônia com Importância para a Saúde (DMAIS), Instituto Leônidas & Maria Deane-IOCRUZ Amazônia, Manaus, AM, Brasil E-mail: giseddinizgsiqueira@gmail.com

## **GLADSON ROSAS HAURADOU**

Assistente Social. Docente da Universidade Federal do Amazonas, Campus Parintins. E-mail: gladson@ufam.edu.br

## **GUILHERME BARBOSA SHIMOCOMAQUI**

Fisioterapeuta sanitaria doutor em Saúde Coletiva - Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE. E-mail: g.shimocomaqui@gmail.com

## HELENA RIBEIRO

Geógrafa (PUC/SP), Mestre em Geografia (University of California Berkeley, UCB) e Doutora em Geografia Física (USP). Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade (FSP/USP). E-mail: lena@usp.br

## HÉRCULES LÁZARO MORAIS CAMPOS

Docente da Universidade Federal do Amazonas UFAM, Instituto de Saúde e Biotecnologia ISB, Coari/AM, Doutorando em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo-UFES. E-mail: herculeslmc@hotmail.com

## HÍVILA DE OLIVEIRA DA SILVA

Bacharela em Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas. E-mail: hivilaoliveira20@gmail.com

## IASMIN MACHADO SOARES

Graduanda de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas UFAM, Instituto de Saúde e Biotecnologia ISB, Coari/AM. E-mail: iasminmachado1999@gmail.com

## JOHANNA GONÇALVES MARTÍN

Médica de la Universidad Central de Venezuela. Maestría en Control de Enfermedades (mención enfermedades tropicales) del Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo en Amberes. MPhil en Análisis antropológico social en la Universidad de Cambridge. Doctorado en antropología social de la Universidad de Cambridge. Actualmente se desempeña como Investigadora del Centro de Pensamiento Amazonas y Centro de Excelencias en Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidad Nacional de Colombia sede Amazonía. E-mail: johanna.goncalvesmartin@gmail.com

## JOHRDY AMILTON DA COSTA BRAGA

Mestrando em Ciências do Movimento Humano (UFAM), Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEEF, Manaus/AM. E-mail: johrdybraga@gmail.com

## JOSÉ JOAQUIN CARVAJAL CORTÉS

Graduação em Biologia pela Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá, título convalidado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mestrado e doutorado em Ciências (Medicina Tropical) pela Fundação Oswaldo Cruz, com doutorado sanduíche em La Maison de la Télédetection no Institut de Recherche pour le Développement em Montpellier (França). Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/FIOCRUZ Amazônia. E-mail: jose.carvajal@fiocruz.br

## JOSÉ LEOPOLDO FERREIRA ANTUNES

Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Editor Científico da Revista de Saúde Pública. Diretor da Faculdade de Saúde Pública, gestão 2022-2026.

## **JOSÉ MIGUEL NIETO OLIVAR**

Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: jose-miguel@usp.br

## **JÚLIA KAORI MIAI TOMIMURA**

Bacharel em Saúde Pública e mestranda na mesma área, ambas pela Universidade de São Paulo. E-mail: julia.tomimura@usp.br

## **LARISSA RIBAS DE LIMA**

Veterinária da secretaria estadual de saúde do Rio Grande do Sul. Egressa do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA/ VIGIFRONTIERS, do Instituto Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ Amazônia, Manaus, AM, Brasil.

## **LARISSA RIZZI SOUZA DE OLIVEIRA**

Enfermeira especialista em Saúde da Família - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, e Saúde Mental - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. E-mail: larissarizzi13@gmail.com

## **LENIN ALFONSO MORALES**

Engenheiro com graduação em Gestão de Bacias Hidrográficas e Meio Ambiente pela Universidade do Panamá (UP), Mestre em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do grupo de pesquisa Direito e Educação Ambiental (GPDEA - FURG). Colaborador no Instituto del Patrimonio Cultural del Pueblo GUNA (IPCPG) e no Centro de Investigación sobre Educación en los Pueblos Indígenas (CIEPI -- UDELAS ). Pertence ao corpo editorial da Revista Ambiente e Sociedade e da Revista KARAKOL.

## **LIA MIZOBE ONO**

Doutora em Clínica Odontológica, departamento de Odontologia, Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas- FCECON, Manaus, AM, Brasil. E-mail: mlia\_99@yahoo.com

## **LORENA ROSA XAVIER**

Bacharela em Biomedicina, Universidade Paulista. E-mail: lorenarx0@gmail.com

## **LUANA SCHMITZ**

Psicóloga especialista em Saúde Mental - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. E-mail: luanaxmt@gmail.com

## **LUCAS DE SOUSA SANTOS**

Licenciado em Geografia, Mestre em Planejamento Urbano e Regional - UNIVAP.

Pesquisador Colaborador do Laboratório de Estudos das Cidades (UNIVAP).  
E-mail: lucas-de-santos@hotmail.com

### **MARLA JALENE ALVES**

Mestre em Microbiologia e Parasitologia Aplicadas, Divisão de Atenção à Saúde do Estudante, Universidade Federal Fluminense. E-mail: amsiqueira@id.uff.br.

### **MAIARA KUNZLER**

Psicóloga especialista em Saúde Mental - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. E-mail: maiaraakunzler@gmail.com

### **MARCO AKERMAN**

Graduado em Medicina, doutor em Epidemiologia e Saúde Pública. Docente da Faculdade de Saúde Pública / USP e Diretor do CEPEDOC Cidades Saudáveis. E-mail: marco.akerman@gmail.com

### **MAYRA COSTA ROSA FARIAS DE LIMA**

Graduação em saúde coletiva (UEA), e enfermagem (UNIP). Fez especialização em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, do Instituto Leônidas & Maria Deane- FIOCRUZ Amazônia, Manaus, AM, Brasil. E-mail: mayracrfarias@gmail.com

### **MURILO SANTOS DE CARVALHO**

Fisioterapeuta especialista em Atenção Básica - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS; Mestrando em Ciências da Reabilitação - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA. E-mail: decarvalhomurilo@hotmail.com

### **ORMEZINDA CELESTE CRISTO FERNANDES**

Graduação em ciencias biologicas pela Universidade Federal do Amazonas, mestrado em Biotecnologia pela Universidade de São Paulo e doutorado em Programa Multi-institucional de Pós-graduação em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas. Pesquisadora do Laboratório Diversidade Microbiana da Amazônia com Importância para a Saúde (DMAIS), Instituto Leônidas & Maria Deane- FIOCRUZ Amazônia, Manaus, AM, Brasil. E-mail: ormezinda.fernandes@fiocruz.com

### **PATRÍCIA DE PAULA BARROS MORAES**

Bacharela em Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas. E-mail: moraes.patriciadepaula@gmail.com

## **RANIELE ALANA LIMA ALVES**

Graduação em enfermagem pelo Centro Universitário do Norte- Uninorte, Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Indígena e Saúde da Família (Faculdade Delta), mestranda em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA/ ILMD FIOCRUZ/Amazônia. Pesquisadora do LAHPISA/ Fiocruz Amazônia. Professora substituta no departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFAM. E-mail: lanahlima93@gmail.com

## **RAYSSA DA CONCEIÇÃO BRITO DE SOUZA**

Mestre. Professora da Secretaria de Estado da Educação e Qualidade do Ensino do Amazonas. Pesquisadora dos GP do CNPq NISA e LAPPIS. E-mail: rayssa.souza@seducam.pro.br

## **RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA**

Graduação em odontologia. Mestre e Doutor em Saúde Pública (FIOCRUZ) e Pós-doutorado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPISA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/ FIOCRUZ Amazônia). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA, e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Membro da coordenação executiva do Grupo Temático Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e membro da Rede Unida. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

## **NILZA ROGÉRIA NUNES**

Pós Doutorado em Saúde Coletiva, Doutorado em Serviço Social, Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/Instituto de Psicologia e Graduação em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) nos cursos de Graduação, Pós Graduação e Extensão. E-mail: n.rogerianunes@gmail.com

## **RAYNARA DE ARAÚJO EVANGELISTA**

Graduação em Enfermagem. Especialização em Urgência e Emergência. Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica (2019). Mestre pelo Programa VIGIFRONTIERAS-FIOCRUZ, vinculado ao PPGVIDA, mestrado acadêmico em Condições de Vida e Situação de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas Maria Deane - Fiocruz Amazônia. E-mail: raynaraevangelista@yahoo.com

## **ROSENI PINHEIRO**

Doutora. Professora Associada do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Lider do Grupo de Pesquisa do CNPq Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. E-mail: rosenisaude@uol.com.br

## **SAMIA FEITOSA MIGUEZ**

Doutora. Professora da Universidade do Estado do Amazonas. Lider do Grupo de Pesquisa do CNPq Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar Saúde e Ambiente na Amazônia/NISA. E-mail: smiguez@uea.edu.br

## **TIZIANA BEZERRA GERBALDO**

Doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

## **TÂNIA APARECIDA DE ARAÚJO**

Graduada em Nutrição, Especialista em Gestão Pública em Saúde, Residência Multiprofissional em Cuidado Integral ao Paciente com Necessidades Especiais, Mestre em Ciências da Saúde (UFU, 2014), Doutora em Saúde Pública (FSP/USP, 2019). E-mail: tania.saudepublica@gmail.com

## **THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES**

Graduada em Nutrição, Especialista em Gestão Pública em Saúde, Residência Multiprofissional em Cuidado Integral ao Paciente com Necessidades Especiais, Mestre em Ciências da Saúde (UFU, 2014), Doutora em Saúde Pública (FSP/USP, 2019). E-mail: t.renata.neves@gmail.com

## **TÚLIO BATISTA FRANCO**

Psicólogo, Professor Titular e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, Pós-doutor em ciências da saúde pela Universidade de Bolonha-Itália. Conselheiro do Conselho Nacional de Participação Social da Presidência da República. Foi pró-reitor de pessoas da UFF (2014-2017). Foi Coordenador Geral da Associação da Rede Unida (2018-2022). E-mail: tuliofranco@gmail.com

## **WILLIAM PEREIRA SANTOS (BILL)**

Biólogo. Especialista em Citologia Clínica. Especialista em Saúde Pública. Mestrando em Saúde Coletiva. Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD). Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/ Fiocruz Amazônia). E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com

## **VINICIUS MEDEIROS AMORIM DE MEIRA LINS**

Acadêmico de Odontologia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). E-mail: vq s1mlinss@gmail.com

## **VIVIANA MENDES LIMA**

Geógrafa, Mestre em Planejamento Urbano e Regional (UNIVAP) e Doutora em Ciências (USP). Professora Colaboradora do programa de Pós-graduação em Planejamento Urbano e Regional (Univap). E-mail: geolimabrazilch@yahoo.com.br

## **YANDRA ALVES PRESTE**

Graduada Bacharelado em Fisioterapia, Instituto de Saúde e Biotecnologia ISB, Coari/AM. E-mail: yprestess18@hotmail.com

## **YURI CONSUELO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

Enfermera (2011, Universidad Nacional de Colombia) y estudiante de maestría en el programa de Postgrado en Condiciones de Vida y Situaciones de Salud en Amazonia (PPGVIDA/ILMD/Fiocruz Amazônia), Programa Educacional VigiFronteiras-Brasil/Fiocruz. E-mail: yuriconsuelo@gmail.com







# 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)

## Série Saúde & Amazônia, 30

O livro faz parte do projeto Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (PROCAD Amazônia / CAPES) que envolve três instituições: Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) do Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB); Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP USP). A coletânea traz contribuições de docentes e discentes que atuam na Amazônia, mostrando a potencialidade dos territórios e as estratégias de tecnologias do cuidado dos povos originários. A obra também traz resultados de pesquisa dos principais agravos da região, trazendo reflexões para o aprimoramento das políticas públicas. Por fim, a obra contribui para a ampliação da produção do conhecimento na saúde coletiva na Amazônia, mostrando que as parcerias institucionais e de grupos de pesquisa potencializam a ciência e as redes de atenção na região.



ISBN 978-65-5462-158-8



9 786554 621588 >